اختبار نموذج مقترح لتأثيرات الأمهات في سلوك الألم عند الأطفال من عمر (٩-١٢) في مدارس عمان الخاصة

إعداد

ريما خلف الغيشان

المشرف

الاستاذ الدكتور سليمان الريحاني

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي التربوي

الجامعة الأردنية

كلية الدراسات العليا

كانون ثاني، ٢٠٠٩

نموذج التفويض

أنا، ريما خلف الغيشان، أفوض الجامعة الأردنية بتزويد نسخ من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبهم حسب التعليمات النافذة في الجامعة.

التوقيع: ريما غيشان

التاريخ: ١١/١/٢٠٠٩

The University of Jordan

Authorization form

I, authorize the University of supply copies of my dissertation to libraries or establishments or individuals request.

Signature: ريما غيشان

Date: 11-1-2009

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة "اختبار نموذج مقترح لتأثيرات الأمهات في سلوك الألم عند الأطفال من عمر (9-12) في مدارس عمان الخاصة"، وأجيزت بتاريخ: / /

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتور سليمان الريحاني (مشرفاً)	
استاذ الإرشاد النفسي والتربوي	
الدكتور خليل عليان (عضواً)	
استاذ القياس والإحصاء	
الدكتور نزيه حمدي (عضواً)	
استاذ الإرشاد النفسي والتربوي	
الدكتور سامي ملحم (عضواً)	
استاذ الإرشاد النفسي والتربوي	
(جامعة عمان العربية)	

الإهداء

إلى زوجي الذي دعمني لأن أكون ما أردت أن أكون

إلى أسرتي ....

مروان ..... نجاحك حفزني

الاء ..... شخصيتك المؤثرة الهمتني

لبنى .... أنتِ الأمل والحب والحياة فبدونك تصعب علي الطريق

فارس .... علمتني الصبر والتحدي

إليكم جميعاً أهدي رسالتي هذه مع المحبة

شكر وتقدير

أتقدم بجزيل الشكر والعرفـــان وعظـــيم التقـــدير والامتنـــان إلـــى أســـتاذي الـــدكتور ســـليمان الريحاني لما منحنى من جهد وعلم وتـــشجيع ودعـــم طـــوال ســـنوات الدراســـة منـــذ أن كنـــت فـــي مرحلة البكالوريوس إلى أن أنهيت هذه الأطروحة، والذي لـــولاً توجيهاتـــه لمـــا اســـتطعت أن أحقـــق ما صبوت إليه.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى السادة أعـــضاء لجنـــة المناقـــشة والتـــي ســـيكون لملاحظـــاتكم الأثر الكبير في أثراء وتحسين جودة هذه الأطروحة. كما أخـــص بالـــشكر اســـاتذتي الأفاضـــل الـــذين قاموا بدعمي وإرشادي وتحفزي طوال مدة الدراســـة لتقـــديم أفـــضل مـــا اســـتطيع، وأخـــص بالـــذكر الاستاذ الدكتور موسى جبريل والدكتور أسعد الزعبي.

ولا يفوتني أن أشيد بالجهد المميز الـــذي قدمـــه كـــلٍ مـــن الـــدكتور خليـــل عليـــان، عبـــاس الطلافحة، كما ولن أنسى أصدقائي الذين لم يبخلـــوا علـــي بـــوقتهم خـــلال مـــسيرة الإنجـــاز الطويلـــة والمديرين والمديرات والمرشدين الذين قدموا لي كل التسهيل لعمليات التطبيق الميداني.

وأخيراً كل الشكر إلى أبنتي الغالية لبنى التي بـــالرغم مـــن ضـــيق وقتهـــا حرصـــت وبـــشكل دائمٍ على تزويدي بأحدث المقالات والكتب طوال مدة الدراسة.

لهم جميعا كل عرفاني وتقديري

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

قائمة الملاحق

اختبار نموذج مقترح لتأثيرات الأمهات في سلوك الألم عند الأطفال من عمر (٩-١٢) سنة في مدارس عمان الخاصة

إعداد

ريما خلف الغيشان

المشرف

الاستاذ الدكتور سليمان الريحاني

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى فحص نموذج مقترح للمتغيرات المرتبطة بالأم: وهي الأعراض والعجز واستراتيجيات التعامل واستجابة الأم لسلوك الألم عند الطفل وتقييمات التهديد لنوبة إلم الطفل، وأثرها المباشر وغير المباشر في التنبؤ بسلوك الآلم المتمثل بتكرار الأعراض والشكاوى الجسدية لدى الطفل. كما أهتمت بفحص أثر هذه المتغيرات على عمليتي التقييم والتعامل باعتبارهما متغيران وسيطين عند الطفل.

ولتحقيق هذه الأهداف تم إجراء دراسة استطلاعية أولية بغرض التشخيص والتعرف على الأطفال الذين يعانون من آلام متكررة شديدة وشديدة جداً. تم أختيارهم من مجتمع مدارس عمان الخاصة باعتبار المدرسة وحدة اختيار، تراوحت أعمارهم بين (٩- ١٢) سنة. أشارت نتائج المسح التشخيصي إلى أن (١٤٨٥) طفلاً يعانون من الآلم متكررة، وافق منهم (٤٥٠) طفلاً و (٤٥٠) أماً على المشاركة في هذه الدراسة حيث تم اعتبارهم أفراد عينة الدراسة النهائية. كذلك تم تكييف ثمانية مقاييس لمتغيرات الدراسة بحيث تناسب البيئة الأردنية وهي: (مقياس اضطراب الجسدنة للراشدين، مقياس تأثير صورة المرض، قائمة استجابة الألم للراشدين، قائمة اعتقادات الألم للأمهات، قائمة استجابات الآم لسلوك الألم عند الطفل، قائمة اعتقادات الألم عند الطفل قائمة الاستجابة للألم للأطفال وأخيراً قائمة اضطراب الجسدنة للأطفال). حيث تمتعت جميع هذه الأدوات بدلالات صدق وثبات مناسبة.

تم فحص أسئلة الدراسة من خلال استخدام برمجية Amos لتحليل المسار وذلك لاختبار نمـوذج الدراسة المقترح ولتحديد الأثر المعياري المباشر وغير المباشر لمتغيرات الدراسة، هذا بالإضـافة إلـى معرفة العلاقات الارتباطية بين هذه المتغيرات. أشارت نتائج الدراسة الأولية إلى أن الأعراض والعجـز عند الأمهات والاستجابة الرعوية واستجابة التقليل قد فسرت مجتمعة (٦٢%) من التبـاين فـي تكـرار الأعراض عند الطفل وأن الأعراض والعجز عند الأم كان له الأثر الأكبر في تكرار الأعراض عند الطفل في حين لم يكن هناك أثر كبير لاستجابات الأمهات لسلوك الآلم عند الأطفال، كما فسرت تقييمات التهديد والتعامل عند الأم (سلبي – مهدئ – نشط) والأعراض والعجز عند الأم واستجابة الأم لسلوك الآلم عنـد الطفل (٨٣%) من تباين تقييمات التهديد عند الطفل. وإن أكبر الأثر كان لتقييمات التهديد عنـد الأم. وأن تقييمات التهديد تلعب دوراً وسيطاً في تكرار الأعراض والشكاوى عند الطفل، في حين لم يكن هناك أثـر يذكر لتعامل الطفل السلبي مع الآلم في تكرار الأعراض والشكاوى لديـه. كـذلك تبـين أن مـن أكثـر الارتباطات وضوحاً كانت بين تعامل الأم مع الآمها والتعامل المماثـل للطفـل. كمـا أشـار التحليـل الاستكشافي أن المتغيرات المتعلقة بالأم وتقييمات التهديد عند الطفل قد فسرت مجتمعة (٨٧%) من التباين في تكرار الأعراض عند الطفل.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وإطارها النظري

المقدمة:

شهد القرن الماضي تقدماً هائلاً في مجال البحوث المتعلقة بالآلام بشكل عام المزمنة والمتكررة منها بشكل خاص، وانبثق عن هذه البحوث فهماً معمقاً للآليات الأساسية المُحدثه للألم كما تبعها بالضرورة تطور على التدخلات العلاجية الطبية.

يبدو لقارئ هذه الفقرة للوهلة الأولى أن معاناة البشر قد تقلصت، وأنه أصبح بالإمكان علاج الألم بشتى أنواعه. وبالرغم من التقدم العلمي الهائل الحاصل على مستوى الكيمياء العصبية، فقد ازداد عدد الأشخاص الذين يعانون من الآلام المتكررة والمزمنة بشكل متواتر وتبعاً لذلك، تضخمت الأعباء التي تتحملها مؤسسات الضمان الاجتماعي وبنسبة وصلت إلى (٣٠٠%). قدرت منظمة الصحة العالمية وبناء على دراسات مسحية استمرت لمدة ثماني سنوات بإن (٣٨,٣٢%) من سكان العالم يعانون من آلام مزمنة ومتكررة (Heckman & Westfeld, 2006; Clark& Treisman, 2004).

وظل السؤال الذي حيَر الأطباء فترة من الزمن قائماً، ألا وهو كيف يمكن لهذا التطور الهائل والضخم في مجال العلوم الطبية أن يستمر ولم يتمكن العلماء من إيجاد الدواء الشافي لهذه الآلام التي يعاني منها فئة لا يستهان بها من البشر وما حصل في الواقع أن فئة الأطفال انضمت إلى فئة الراشدين وأخذت نصيبها من المعاناة. فالنظرة الرومانسية للطفولة قد أختفت، وأصبح الأطفال بشتى أعمارهم يعانون من شتى أنواع الآلام المتكررة والمزمنة. ولم يعد من الغريب أن تجد طفلاً أو طفلة في الثالثة من عمرها تعاني من صداع شديد متكرر غير عضوي يمنعها من الاستمتاع بطفولتها ويشكل عائقاً لمسار نموها. كما يضع والديها في موقف محير بشأن الإجراءات والسلوكات الواجب إتباعها للتخفيف من معاناتها، خاصةً وأن الإجراءات الطبية في الغالب لا تكون مفيدة (Heckman& Westfeld,2006).

تُشكل هذه الآلام المتكررة المزمنة مصدراً من مصادر الإنزعاج وعدم التأكد من مسبباته الأمر الذي يضاعف التوتر الوالدي. إذ تفيد الدراسات أن مشاعر الغضب واليأس والإحباط هي المشاعر السائدة عند العائلات التي يعاني أطفالها من آلام متكررة ومزمنة (Lipani & Walker,2006).

ويقترح هانفلد وبيروم ودويوفينوردن وهازبرود كامبشرير وباشيير وفان سوجلكوم سميث وودون Hunfeld, Perauin, Duivenvoorden, Hazebroedk – kampschreur, Passchier, Vansuijlekom – Smit & Wouden, (2001) أنه وبسبب ارتباط الآلام المزمنة مع الكرب الإنفعالي والإعاقة الوظيفية والاضطرابات النفسية، فإن وجود طفل يعاني من آلام مزمنة متكررة قد يرافقه تمزق في روابط العائلة. كما ويعتقد فاجن Fagan (2005) أن ٦٠% من الأشخاص الذين يعانون من صداع متكرر يتأثر باقي أعضاء الأسرة بمرضهم، ولديهم نوعية حياة أقل بكثير من الأصحاء حتى بين نوبات الألم.

هذا وقد قدرت الدراسات المسحية أن (٢٥-٣٣%) من الأطفال يعانون من الآم متكررة مثل الصداع، الآم المفاصل، الآم الظهر، آلام البطن. وهذه الآلام ليس لها أسباب عضوية أنما تعيق الطفل بشكل واضح عن ممارسة نشاطاته اليومية ومن التكيّف مع المهام والمطالب النفس اجتماعية، كما وتؤثر على تكيفه العائلي والمدرسي. وتزداد هذه النسبة مع الاقتراب من عمر المراهقة خاصة بالنسبة للإناث(Petersen, Bergstrom & Brulin, 2006).

تؤكد الدراسات الحديثة أن الكثير من الأطفال قد يعانون من أعراض جسدية متعددة في نفس الوقت مثل الآم في البطن، غثيان ،أوجاع في الرأس وقد تأخذ الأعراض مواقع مختلفة في كل نوبة. وهذا التبدل في المواقع الجسمية للأعراض قد يكون بداية لظهور اضطراب الجسدنة (Somatization Disorder). وينظر الأهل إلى تبدل مواقع الألم وتعدد الأعراض على أنه يزيد من تعقيد الوضع ويسبب المزيد من الفحوصات وتكرار الزيارات للأطباء. وإذا أُخذ بالاعتبار ما تم ذكره في نفس هذه الدراسات عن العلاقة الوثيقة بين تكرار الأعراض الجسدية والاضطرابات النفسية وبالتحديد الاكتئاب، لأصبح بالإمكان تقدير حجم معاناة هؤلاء الأطفال وأهاليهم (Little,Williams, Puzanovoa, Rudzinski & Walker,2007). وفي حالات

كثيرة، يتم إهمال هؤلاء الأطفال، ولكن في حالات أخرى وتحت إلحاح الأهل وخوفهم وإنزعاجهم وقلقهم خاصة عندما تزداد شدة الأعراض، يخضع الأطفال إلى إجراءات طبية غير ضرورية، إذ يذكر الأطباء أن ٣٣% من عمليات الزائدة الدودية التي أجريت للأطفال الذين يعانون من الآم بطن متكررة لا ضرورة لها (Venepalli, Van Tilburg & Whitehead, 2006).

وبالرغم من صعوبة تحديد نوع العلاقة بين الاكتئاب والآلام المتكررة إلا أن هناك اتفاقاً في الأدب المنشور على أن الاكتئاب هو نتيجة واضحة لنمط الحياة الذي يتبناه الفرد المتألم، ولنسق العمليات المعرفية الوسيطية التي تتطور عنده إذ يصبح بالتدريج محاصراً للتفكير بالألم فقط. وينتج عن هذه القيود في التفكير مشاعر عامة بالعجز وعدم القدرة على السيطرة وبالتالي فأنه من الممكن أن ينتج عنها مشاعر كليّة من عدم القيمة. فالاكتئاب ينتج عن التفاعل بين الألم المتكرر، والقيود السلوكية والتشوهات المعرفية (Gurege,2008). وهذا قد يفسر الارتباط بين الآلام المزمنة والمتكرره والمستويات المرتفعة من ضغوطات الحياة التي يتعرض لها الأطفال الذين يعانون من الآم متكررة (Walker, Baber, Garber, Smith,2007; Rusu & Hasenbring, 2008).

وبالرغم من وجود أسئلة مهمة كثيرة لم يتم الإجابة عنها حول العلاقة بين الآلام المتكررة والمزمنة والضغط والاكتئاب، إلا أنه أصبح واضحاً أن الأطفال الذين يعانون من هذه الآلام هم الأكثر عرضة لمشاعر تدني تقدير الذات والكرب (Gurege,2008; Reich, Hohnsom, Zatra, Davis, 2006).

ويشير ليفي ووايتهد ووكر وفان كورف وفيلد وجارنر وكرستي Levy,Whitehead, Walker, Vankorf, Feld, Garner, Christie (2004) إلى أن وجود أعراض اكتئابية عند الأطفال الذين يعانون من الآم متكررة ومزمنة ينبئ بدرجة عالية عن استمرار هذه الأعراض لمدة قد تزيد على خمس سنوات. وتضيف ووكر ورفاقها Walker, et al. (2007) أن استمرار الأعراض عند الأطفال ولسنوات طويلة قد يكون

مقروناً بتكرار الشكاوى الجسدية عند الوالدين، وهنا تكمن خطورة تطوير اضطراب الجسدنة (Somatization Disorder) في مرحلة الرشد.

وبعد مرور اكثر من عقد من الزمن على البحوث المتعلقة بالآلام المتكررة، أصبح واضحاً ومعروفاً أن هناك مجموعة من العوامل النفسية والبيولوجية والاجتماعية تساهم في حدوث وتطور واستمرار هذه الآلام، بينما لا تشكل هذه الأعراض والآلام تهديداً على حياة الأطفال، إلا أن ارتباطها بالمستويات العالية من الكرب الانفعالي والاضطرابات النفسية والإعاقة الوظيفية وتدني مستوى القدرات الاجتماعية والتحصيلية هو ما جعلها ظاهرة تستدعي الاهتمام من قبل الكثير من الباحثين الذين أنصب جل اهتمامهم على العوامل المرتبطة بالمحافظة على الأعراض والآلام (Crane & Martin,2002; Huguet, Miro,Nieto,2008; Mulvaney, Lambert, Garber, Walker,2006; Venepalli, et al.,2006; Walker & Jones,2005).

ولقد أشار ميكانيك وفولكارت Mechanic & Volkart عام ١٩٦١ المشار إليه في (Claar & Walker, 1999, P.52) من خلال دراساتهما المتعلقة بالتأثيرات النفسية والاجتماعية على الصحة والألم، أن الأطفال يطورون خلال خبراتهم النمائية سلوكاً يسمى السلوك المرضي والذي يرجع " إلى الطريقة التي يدرك من خلالها الأفراد ويقيّمون ويتصرفون عند ملاحظتهم لبعض الألم أو أي إشارات قد تدل أو لا تدل على وجود مرض أو خلل عضوي". ويمكن قياس هذا السلوك عن طريق رصد تكرار الشكاوى الجسدية والعجز الناتج عنها.

ويفسر السلوك المرضي وسلوك الألم التباين الواضح والاختلاف على مستوى استجابة الأفراد للألم والمرض والإصابات. إذ لم يعد ينظر إلى الألم على أنه نتيجة للعمليات البيولوجية فقط حتى في حالات المرض العضوي، إنما أصبح يُحدد بواسطة مجموعة العمليات النفسية والاجتماعية والمعرفية التي تشكل السلوك المرضي (Hanson & Gerber 1990; Livneh, Lott, Antonak,2004; Walker, Garber & Greene,1993).

وفي هذا السياق، يشير بوسش (Busch) 2005 إلى أن ١٠% فقط من العجز الذي يظهره المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة ومتكررة في أسفل الظهر يعود إلى أسباب عضوية، بينما يتم تفسير النسبة الباقية للعجز تبعاً للمتغيرات النفسية الاجتماعية. ويضيف أن ٤٠% من الأفراد الذين لا يتذمرون من وجود آلام في الرقبة والظهر تشير الصور الشعاعية لديهم إلى وجود إنزلاق غضروفي جزئي بينما آخرون وبنفس التشخيص يعانون من آلام مبرحة ومؤلمة.

وفي ضوء دراسات تتبعية أجريت على أطفال حديثي الولادة استمرت لمدة ١٠ سنوات، أكد الباحثون أن ردود افعال هؤلاء الأطفال للألم قد تغيرت بنسبة ٩٠% مما اعتبروه عائداً إلى عوامل البيئة المعقدة(La Gerca, Siegel, Wallander & Walker,1992).

من هنا اتفقت مجمل الدراسات التي أجريت على الاستجابات للأعراض والألم والإصابات، أن الأفراد يستجيبون لمجموعة متشابهة من الأعراض الجسدية بطرق متباينة جداً. إذ قد يستمر بعض الأفراد في نشاطاتهم اليومية ويقللون من الأهمية المحتملة للأعراض والألم، بينما يبعد آخرون أنفسهم عن المسؤوليات اليومية ويسعون جاهدين للحصول على الرعاية الطبية، وذلك إيماناً منهم بأن أعراضهم خطيرة.

يرى الباحثون أن التطرف بنمط الاستجابة للألم سواء أكانت بالإهمال والتقليل من الأهمية، أم بالتضخيم والمبالغة له اثار سلبية على الفرد والمجتمع. فالأفراد الذين يهملون الإشارات الأولية لأعراض السرطان مثلاً يساومون بحياتهم ويتعرضون لعلاجات شرسة ومكلفة جداً. وبالعكس من ذلك، فإن الأشخاص الذين يضخّمون من أهمية أعراضهم الجسدية بالرغم من غياب الأدلة على وجود مرض عضوي، حيث لا تتفق النتائج الطبية مع سلوكهم المرضي، يشكلون أيضاً مشكلة على المستوى الشخصي لما له من آثار سلبية على صحتهم النفسية خاصة وأن سلوك الألم يرتبط كما تم ذكره سابقاً مع تدني القدرات الاجتماعية والتحصيلية والاضطرابات النفسية(Crane & Martin,2002; Peterson & Palermo, 2004; Venepalli.et al., 2006).

يقترح نموذج نظرية التعلم للسلوك المرضي أن عدم كفاية القدرات المدركة في أدوار معينة يمكن أن يؤثر على مستويات العجز خاصة بالنسبة للأطفال الذين يتبنون الدور المرضي. فالانتباه الذي يحصل عليه الأطفال خلال المرض وتجنب النشاطات التي يتوقعون أن أداءهم فيها ليس بالمستوى المطلوب، قد يزيد من مستويات السلوك المرضي لديهم. ويقع الطفل في مصيدة العجز الذي قد يسبب له مزيداً من مشاعر العزلة والاكتئاب الذي بدوره قد يؤثر على تقدير الطفل لذاته. يلاحظ الباحثون تدني مستوى القيمة الذاتية Self Worth عند الأطفال المتألمين بشكل متكرر، مما يشكل خطورة على مستوى مفهوم الذات لديهم ذلك لأن من أهم المهام المفصلية والحرجه في المرحلة الابتدائية هي تطوير الإحساس بالسيطرة أو القدرة. ويؤكد الباحثون أن إدراك الطفل لنجاحه في مهام التطور النفس اجتماعية يتوسط العلاقة بين النتائج الاجتماعية للمرض (التعزيز) والمحافظة على الأعراض لمدة طويلة. ويضع الباحثون هذا النجاح ضمن إدراك الطفل الكلي للقيمة الذاتية وأيضاً ضمن إداركه لقدرات محددة في الأدوار الاجتماعية والأكاديمية (Jerant, Friederichs, Moore,2005; Walker & Claar, Garber,2002; Murk,1999; Walker& Jones,2005)

وهناك أدلة واضحة في البحوث على أن الأطفال الذين يعانون من آلام متكررة ويتميزون بمستويات عجز لا تتناسب مع وضعهم الطبي، يميلون إلى الفشل بالقيام في النشاطات اليومية العادية، مما يرجع إلى إدراكاتهم السلبية نحو ذواتهم وقدراتهم. بينما أوضحت دراسات أخرى أن الارتفاع في مستوى القدرات الاجتماعية والأكاديمية يشكل عاملاً واقياً من تطور السلوك المرضي وسلوك الألم (Claar, Walker & Smith, 1999; Mulvany, et al., 2006).

من هنا، نجد أن التقييمات السلبية الذاتية التي يحملها الطفل والمتعلقة بذاته والمتصلة بقدراته وإمكاناته على التعامل مع أعراضه وآلامه الجسدية تعمل على تحديد الكثير من أنماط سلوكه الظاهرة وردود أفعاله ومشاعره، كما وتؤثر هذه التقييمات الذاتية على علاقاته مع الآخرين وعلى طريقة إدراك الآخرين له(Murk,1999).

وفي سياق متصل، أكد الباحثون أن الإعاقة النفس اجتماعية Psychosocial Impairment التي تستثار بواسطة سلوكات الآلم والعجز يمكن أن تمزق العلاقات مع الآخرين المهمين في حياة الشخص. فالأطفال بعمر مبكر يستطيعون أن يميزوا بين شكاوى زملائهم الجسدية التي لها أسباب عضوية والشكاوى التي ليس لها أسباب عضوية. وهذا التمييز يؤثر على طريقة استجابتهم لأعراض زملائهم، إذ يقل تعاطفهم معهم، ويفضلون عدم التفاعل معهم على الصعيد الاجتماعي، مما قد يؤثر على نموهم الاجتماعي والانفعالي(Guite,Walker, Smith & Garber,2000).

يعتقد معظم الباحثين أن أنماط الأفراد في الاستجابة للألم والأعراض الجسدية، هي عبارة عن محصلة عملية تبدأ في الطفولة المبكرة. وبالرغم من أن أفراداً من المجتمع بما فيهم الرفاق والمعلمون من شأنهم أن يؤثروا على اتجاهات الأطفال المتعلقة بالصحة والمرض بما فيها الاستجابات للأعراض الجسدية مثل الألم، إلا أن الوالدين هم الوحدة الأولية الرئيسية المساهمة في عملية تنشئة هؤلاء الأطفال (Crane & Martin,2002; Walker,Claar & Garber,2002; Campbell,1978).

لقد أكدت نتائج البحوث المتعددة على دور العوامل الوالدية مثل الصحة النفسية والجسدية للوالدين وعمليات التعلم الاجتماعي في خبرات الطفل للألم. وخرجت معظم هذه الدراسات بنتائج مفادها أن مجمل ما يتعلمه الطفل يتم من خلال النمذجة والتعزيز، فتكرار الشكاوى عند الوالدين والعجز الذي قد تظهره الأم عند تعرضها للألم يؤثر على طريقة إدراك الطفل لأعراضه الخاصة به. أما الامتيازات التي يحصل عليها الطفل في أوقات المرض، سواء أكانت مادية مثل الهدايا أم تقديم أكل خاص أم معنوية مثل النوم في سرير الأم والبقاء بجانبها، والرعاية المميزة والإعفاء من المسؤوليات، فإنها يمكن أن تعمل على تعزيز السلوك والدور المرضي للطفل. ولقد استأثرت هذه الاستجابات التي سميت بالرعوية (Solicitous) اهتمام الباحثين بشكل كبير.

ذكرت الكثير من الدراسات أن الأمهات اللواتي يعانين من متلازمة القولون المتهيج (Irritable Bowel Syndrom) (IBS) يأخذن أطفالهن إلى الأطباء بشكل متكرر عند

ظهور أي أعراض جسدية، وهذه دلالة على أن إدراكهــن لأعراضـــهن الخاصـــة بهــن يــؤثر بــشكل مباشر أو غير مباشر على أدراكهن لأعراض وشـــكاوى أطفـــالهن وبالتـــالي علـــى القـــرارات التـــي تُتخـــذ بـــشأن المـــرض. (Crane & Martin, 2002; Crane & Martin, 2004; Huguet,et al., 2008; Peterson & Palermo, 2004; Walker, Williams, Smith, Garber, Vanslyke & Lipani, 2006)

وحديثاً بدأ الاهتمام ينصب على الكيفية التي يدرك بها الطفـل أعراضـه الخاصـة بـه، فأصـبح النموذج المعرفي للألم وما يتضمنه من أفكار ومعتقدات عن الألـم هـو القاعـدة التـي تنطلـق منهـا فرضيات الباحثين، حيث اعتبر الألم خبـرة أو حـدثاً يتـأثر بالعمليـات المعرفيـة (Thorn,2004). وبـالرجوع إلـى مفـاهيم لازاروس وفولكمـان (1984) Lazarus&Folkman حـول الـضغط والتقييم والتعامل، وجد البـاحثون أن هنـاك أدلـة واضـحة تـدعم العلاقـة بـين اعتقـادات الألـم واسـتراتيجيات التعامـل والنتـائج الـصحية أي تكـرار الـشكاوى والإعاقـة الوظيفيـة الجـسدية. فالاعتقادات الإيجابية وإدراكات السيطرة ومـا يتبعهـا مـن اسـتعمال اسـتراتيجيات تعامـل نـشطة والمرتكزة على حل المشكلات تؤدي وبوضـوح إلـى تحـسن فـي الأعـراض الجـسدية والنفـسية (Claar, et al., 2002; Lynch, Kashikar-Zuch, Goldschneider & Jones, 2007). وهذا ينطبق ليس فقط على الأعراض والشكاوى المتكـررة التـي لـيس لهـا سـبب عـضوي إنمـا أيضاً على الأمراض العضوية، كما أن التقييمات المعرفية والاعتقـادات تـؤثر وبـشكل غيـر مباشـر على مستوى العجـز عنـد هـؤلاء المرضـى مـن خـلال تجنـب النـشاطات والكـرب الانفعـالي (Truchon, Cote, Fillion, Arsenault & Dionne,2007).

وبالمقابل، فإن الأطفال الذين يدركون أن آلامهم مهددة لهـم، وأنـه لـيس لـديهم قـدرة علـى التعامل معها، ويقيّمون أنفسهم بأنهم لا يمتلكون المـصادر والإمكانـات اللازمـة لمواجهـة متطلبـات الموقف، وبالتالي يـستعملون اسـتراتيجيات تعامـل سـلبية (الكارثيـة وعـزل الـذات)، يتعرضـون لنوبات ألم متكررة شديدة ويعانون مـن مـستويات عاليـة مـن الاكتئـاب والعجـز علـى مـستوى الوظائف الأكاديمية الجسمية والاجتماعية وهذا بـدوره يـؤدي إلـى تكـرار الأعـراض والمحافظـة عليها، بالتالي فقد اقترح المنظرون بأن الأطفال الذين يعـانون مـن آلام متكـررة يمكـن أن يختلفـوا عن الأطفال العاديين الأصحاء بأنماط تقييمهم وأساليب تعـاملهم مـع الـضغوط بـشكل عـام. وهـذه

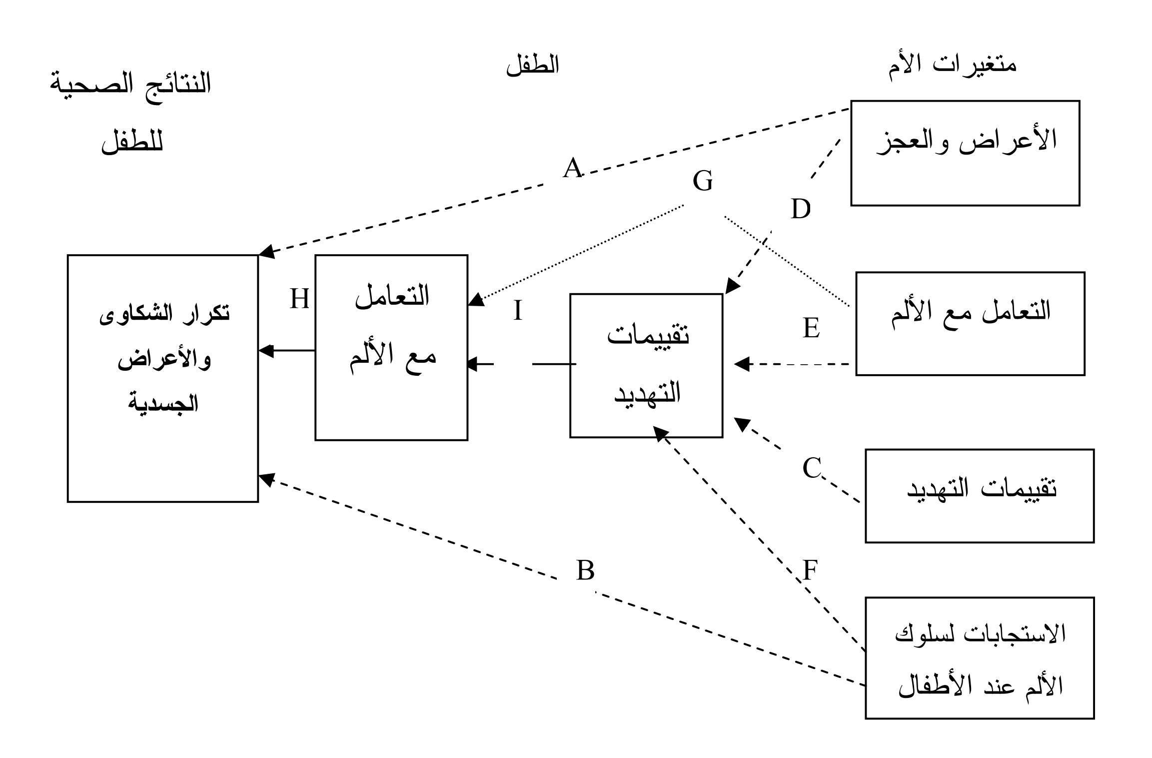
الأنماط في التقييم وأساليب التعامل يمكن أن تكون منبئاً جيداً لعملية التكيّف مع نوبة الألم، والتي تعتبر نوعاً من أنواع الضغوط، وبالتالي تحدد أنماط التقييم وأساليب التعامل النتائج الصحية الكلية سواءً أكانت على مستوى العجز الوظيفي أم تكرار الإصابة بالأعراض(Walker, Smith, Garber, Claar,2007).

تعتبر عمليتا التقييم والتعامل من العوامل الهامة والمفصلية في تطوير السلوك المرضي وسلوك الألم والمحافظة عليهما وينظر الآن إلى السلوك المرضي كعامل أمراضي (مسبب للمرض) Comorbid وذلك لإرتباطه بالعديد من الاضطرابات النفسية واعتباره مقدمة إلى حدوث اضطراب الجسدنة وما يتبع ذلك من آثار اجتماعية نفسية تؤثر على مسيرة النمو عند الأطفال (Gurege,2008).

إن تكيّف الأطفال مع الآلام المتكررة والمزمنة يتأثر بالطريقة التي يقيمّون بها قدراتهم على حل المشكلات اليومية، وبالتالي قدرتهم على المحافظة على إحساسهم بالثقة والسيطرة على أمور حياتهم، وهذا بدوره يؤثر بشكل كبير على تقديرهم لذواتهم، كما يؤثر على مستويات العجز النفس اجتماعي والاكتئاب وفقدان الأمل.

ولقد جاء حول هذا الموضوع دراسات عديدة تناولت بالتفصيل العلاقة بين عمليتي التقييم والتعامل وتكرار الشكاوى الجسدية، وما قد يتوسطها من عوامل مثل تدني القدرات وما قد ينتج عنها من إعاقة وظيفية، وما قد يرافقها من اضطرابات نفسية مثل القلق والاكتئاب والكرب الانفعالي. كذلك تناولت دراسات أخرى أساليب التعامل المتعددة واهتمت تحديداً بالعلاقات بين أنماط التفكير الكارثي وأساليب التعامل السلبي وأثرها على تكرار الشكاوى، وبالتالي صحة الأفراد النفسية والجسدية. ولم تغفل دراسات أخرى إظهار دور العوامل الوالدية منها تكرار الشكاوى عند الأهل واستجابات الأهل لسلوك أطفالهم المرضي، وأثر ذلك على تطوير السلوك المرضي عند الأطفال وسلوك الألم. إلا أنه ولعلم الباحثة لا يتوفر في الأدبيات العلمية العربية أو الأجنبية ما يلقي الضوء على أثر العوامل الوالدية على عمليتي التقييم والتعامل، والتي تتوسط العلاقة بين العوامل الوالدية وتكرار الشكاوى. وهذه هي المشكلة التي تسعى الدراسة الحالية إلى تناولها بحثاً وتحليلاً. إنه من الأهمية بمكان أن يتم النظر إلى

السلوك المرضي وسلوك الألم المتثمل بتكرار الشكاوى بمنظور شامل ومتكامل وذلك من أجل تعميق المعرفة بهذا الموضوع المهم الذي يؤثر على صحة الأطفال النفسية ومسار نموهم وتكيّفهم على السواء في ضوء نموذج مقترح لتأثيرات الأمهات وهي: الاعراض والعجز وتعامل الأم مع الآلم الخاص بها وتقييمات التهديد لنوبة الم الطفل عند الأم وطريقة استجابة الأم لسلوك الألم عند الطفل ودراسة أثر هذه المتغيرات على سلوك الألم عند الطفل المقاس بتكرار الشكاوى والأعراض. لذلك جاءت الدراسة الحالية بهدف اختبار هذا النموذج المقترح لتأثيرات الأمهات على سلوك الألم عند الأطفال عند عينة من مدارس عمان الخاصة من عمر ٩- ١٢ سنة ويوضح الشكل رقم (١) هذا النموذج المقترح:



شكل ١. نموذج تأثيرات الأمهات على سلوك الألم عند الأطفال

وفيما يلي عرض للإطار النظري لهذه الدراسة:

الإطار النظري للدراسة

مفهوم الألم ونماذجه:

اعتقد أرسطو أن الألم هو عبارة عن انفعال وليس ظاهرة جسمية، واتفق هذا الاعتقاد مع الأفكار اليونانية التي ربطت بين العقل والجسد. أما في العصور الوسطى فلقد تم النظر إلى الألم من منظار ديني وتم اعتباره على أنه عقابٌ من الله لخطيئة ارتكبها الإنسان. وبالتالي فلقد رفضت هذه النظرة للألم فكرة أن الجسد هو المصدر الوحيد للألم. لاحقاً وفي عهد التنوير الفكري (نهاية القرن الثامن عشر) ومع التأكيد على العقلانية والطرق العلمية، تبنى العلماء وجهة نظر مختلفة للألم؛ فمثلاً أكد ديكارت Descarte على فكرة الفصل بين العقل والجسد ووصف الألم على أنه وظيفة آلية بحتة للتلف الذي يحدث للأنسجة، وقاد هذا التوجه ولسنوات طويلة الى تطوير التقنيات الدوائية لطرد الألم، وتم اعتبار الفرد المتألم أنه متلقي سلبي وضحية وبالتالي يتوجب على الخبراء أزالة هذا الألم. ظلت النظرة إلى الألم تتناوب بين الفصل بين العقل والجسد إلى التأكيد على الربط بينهما، وتبنى الكثير من العلماء والباحثين النموذج البيوطبي لفهم الألم وإدارته ومعالجته، والذي أكد على أهمية العمليات البيولوجية كسبب رئيسي للألم. وبناء على ذلك، تنافست شركات الأدوية على صناعة وإنتاج مسكنات أو مزيلات الألم(Hanson & Gerber, 1990). إلا أن الفشل في تحقيق النتائج المرجوة على صعيد الآلام المزمنة والمتكررة وحتى في بعض حالات الألم الحاد، دفع الباحثين إلى التحرك بعيداً عن النموذج البيوطبي. إذ لم تكن العلاقة بين التلف في الأعصاب والأنسجة والألم واضحة تماماً (Busch,2005).

وفي هذا الصدد عرّف تيرك(Turk)عام ١٩٨٣المشار إليه في (McGrath & Finley 1990, P.22) الألم " بأنه خبرة معقدة تتأثر بعوامل انفعالية معرفية وسلوكية ولها إمتداد عصبي بيولوجي" بينما عرفت المنظمة العالمية لدراسة الألم، الألم "بإنه خبرة غير سارة يرافقها شروط حسية وانفعالية وقد تكون أو لا تكون مصحوبة بتلف في الأنسجة، وتتأثر بعوامل عدة

مثـــل المعرفـــة والعاطفـــة و البيئـــة" (Heckman & Westefeld,2006, P.2). ولقـــد ميـــزت الجمعية العالمية لدراسة الألم بين ثلاثة أنواع من الألم هي:_

- الألم الحاد Acute pain وهو ألم يحدث بواســطة إصـــابات وتنــشيط لمــستقبلات الألـــم يــستمر لفترة محددة ويتحسن عندما تشفى الأنسجة، وفي العـــادة يـــتم الاســتفادة مـــن تـــدخلات الرعايـــة الصحية.
- الألم المزمن Chronic pain هو الألم الذي يحـــدث فـــي الغالـــب، نتيجـــة عوامـــل لـــيس لهـــا علاقة بالسبب الأصلي إذ لا يتم تفسر طول مدته التي قـــد تمتـــد مـــن (٣ – ٦ شـــهور) بأســـباب مرضية وفي العادة، يطلب الفرد المتألم الرعاية الطبية لكنها غير فعالة.
- الألم المتكرر Recurrent pain ويأتي هذا الألم على فترات وفـــي العـــادة قـــصيرة، ولكـــن هـــذه الفترات تتكرر على مدى طويل. لذا فهو يجمع بين خـــصائص الألـــم الحـــاد والمـــزمن. وبـــسبب تكرار النوبات ولفترات طويلة فأنها من الممكـــن للعوامـــل الـــسلوكية والاجتماعيـــة والنفـــسية أن تصبح ذات تأثير ويتطور لدى الفرد الـــسلوك المرضـــي وقـــد يحـــدث ذلـــك أيـــضاً فـــي بعـــض حـــالات الألـــم الحـــاد (Dysvik, Natvig & Lindstrom, 2005; Kristjansdottir, 2000; & McGrath & Finley, 1990)

وتذكيراً لما تم ذكره سابقاً فأن السلوك المرضـــي يرجـــع إلـــى الطريقـــة التـــي يـــدرك فيهـــا الفرد ويقيّم ومن ثم يتعامل مـــع الألـــم وعـــدم الراحـــة أو أي إشـــارات أخـــرى قـــد تنطـــوي علـــى احتماليـــة وجـــود مـــرض عـــضوي. وســـلوك الألـــم هـــو نـــوع محـــدد مـــن الـــسلوك المرضي(Venepalli,et al., 2006)

يؤكـــد تيـــرك وفلـــور ورودي Turk, Flor, Rudy(1987) بـــأن كـــل شـــخص يختبـــر هذه الآلام يطور نموذجاً خاصاً به يـــساعده علـــى فهـــم ألمـــه وإدارتـــه. ولقـــد ذكـــر البـــاحثون أن النموذج الخاص الفردي للألم يتضمن تـــوجهين، أولهمـــا: فهـــم الفـــرد واســـتجابته لخبرتـــه الذاتيـــة للألم، وثانيهما: يحدد الطريقة التي يفهم ويـــستجيب فيهـــا الفـــرد لآلام الآخـــرين. وهـــذه النمـــاذج أو الخرائط المعرفية التي تتضمن افتراضات الفرد لأســـباب ألمـــه ومـــا عليـــه أن يفعـــل إزاءهـــا، قـــد

تعمل على مستوى الـوعي، إذ إن هنـاك أفـراداً ينظمـون هـذه الخبـرة بوضـوح بينمـا آخـرون يسلكون بطرق آلية(Clark & Teisman,2004).

وبشكل عام تعتبر نماذج الألم هامة جداً، فهـي التـي تحـدد اتجاهـات العلمـاء فـي دراسـة الألم من حيث الأسئلة البحثية والطريقـة المـستعملة والظـاهرة التـي يـتم ملاحظتهـا، كمـا تحـدد إجراءات التشخيص وطرق العلاج وأسلوب تقييم فعالية العـلاج، والأهـم أيـضاً أنهـا تحـدد طريقـة الأفراد في الاستجابة لآلامهم وآلام الآخرين من حولهم (Hanson & Gerber,1990).

نماذج الألم

ميز ايزنبرج (Eisenberg) فـي عـام ١٩٧٧ المـشار إليـه فـي (Hanson & Gerber, 1990) بين نموذجين من نماذج الألم.

١) **النموذج البيوطبي** Biomedical وله عـدة مـسميات أخـرى، منهـا:_ النمـوذج الطرفـي Peripheral، ونموذج الداءDisease Model .

يقترح هذا النموذج بأن الألم هو عـرض للمـرض. وبـالرغم مـن إمكانيـة وجـود مـرض دون وجود أعراض إلا أنه من غيـر الممكـن بالنـسبة لهـذا النمـوذج أن يكـون هنـاك ألـم دون مرض. يتبنى هذا النموذج الأطباء. وهو يتناسب مـع الألـم الحـاد، ويركـز علـى أن مركـز إدراك الألم هو الجهاز الطرفي وبالعكس تمامـاً فإنـه لا يتناسـب مـع الألـم المـزمن والألـم المتكـرر إذ لايوجد اضطرابات بنائية تشريحية تفسر هذه الآلام. يعتمـد عـلاج الألـم فـي هـذا النمـوذج علـى التدخلات الدوائية ويقلل هذا النموذج من أهمية الدور الذي يلعبـه الجهـاز العـصبي المركـزي فـي تحديد الألم ويركز على فكرة أن الجهاز الطرفي هو المحدد الرئيس للألم.

ومع الاكتشافات الحديثة في الطب تم دحض هذه الفكرة وكـان أول مـن تحـدث عـن تـدخل الدماغ في خبرة الألم هما ميلـزك وولـز Melzack & Walls فـي عـام ١٩٦٥ المـشار إليـه في (Kristjandottir,2000; Alfven,2003) إذ فتحـت النظريـة التـي طوارهـا والتـي سـميت بأسم نظريـة بـاب الـسيطرة (Gate Control Theory) البـاب علـى مـصراعيه ليـدخل الألـم

وينضم إلى النموذج البيونفس اجتماعي. واقترحا أن الدماغ يلعب دوراً ديناميياً في إدراك الألم، فالدماغ لا يستقبل بسلبية المُدخل المُحدث للألم من الجهاز الطرفي ولكن هناك ميكانزم مدخلي في النخاع الشوكي يمكن أن يعدل من جريان أو تدفق النبضات الكهروعصبية من الجهاز الطرفي إلى الدماغ. وفي هذا اعتراف بإن الدماغ يمكن أن يؤثر وبقوة على موصلات الآليياف العصبية القادمة إليه. وتبعاً لذلك فإنه من الممكن لنشاطات الدماغ المسؤولة عن الانتباه والانفعالات والذكريات للخبرات السابقة أن تؤثر وبشكل كبير على المدخلات الحسية، أي أن العوامل النفسية يمكن أن تصد أو توسع المجرى الحسي لإشارات الألم.

والآن أصبح من المعروف أن هناك أكثر من ممر رئيس للدماغ غير النخاع الشوكي لتوصيل الإحساسات من موقع الألم. كما أن بناءات الدماغ المتعددة مثل التشكيل الشبكي Reticular Formation والنظام الجيري Limbic System والمهاد Thalamus وقشرة الدماغ Cerebral Cortex تؤثر جميعها على طريقة إدراك الأفراد للألم (Thorn, 2004).

٢) النموذج البيونفس اجتماعي

اعتبر هذا النموذج قاعدة لفهم محددات المرض العضوي وغير العضوي ولتطوير اتجاهات علاجية فعالة. ويؤكد هذا النموذج على أن أي توجه علاجي لأي نوع من أنواع الألم يجب أن يتضمن العوامل النفسية والاجتماعية بالإضافة إلى البعد البيولوجي، إذا كان موجوداً، فالاهتمام الأكبر يجب أن يوجه نحو الشخص وليس نحو المرض والتغيّر الحاصل على مستوى العمليات البيولوجية. هنا يتم التحري عن السبب العضوي، لأنه يحدد التحسن الذي سيطرأ على سلوك الألم إذا ما تم علاج المشكلة، ومن ثم يتم البحث عن البعد السلوكي المعرفي، إذ يبحث عن الخرائط المعرفية وعمليات الإشراط الكلاسيكي والإشراط الإجرائي.

يؤكد النموذج البيونفس اجتماعي على أن الألم يتحدد بواسطة الميكانزمات المركزية إذ تتدخل في تحديد جميع أنواع الألم، وبالرغم من أن الألم الحاد يتأثر بالجهاز الطرفي ألا إن خبرة الألم والسلوك المرضي لا يتحددان بواسطة هذا الجهاز. هنا يتم الاستفادة من التدخلات العلاجية مع ملاحظة أهمية دور الميكانزمات المركزية في تعديل النظام المتحسس للألم Peripheral Nociception أو استمرار خبرة الألم في غياب هذا المثير المحدث للألم.

وبالتالي يتم الأخذ بعين الاعتبار في هــذا النمــوذج بالــسلوك المرضـــي أي تــتم دراســة الاســتجابة المعرفية الانفعالية للألم.

لاحقاً تم التمييز بين كلمــة الــداء Disease والمــرض illness حيــث أتفــق البــاحثون أن الداء يرجع إلى اختلالات محددة فــي بنــاء أو وظيفــة عــضو محــدد، أمــا المــرض فهــو منــشأ اجتماعي نفسي ويرجع إلى الإدراك الذاتي لعدم شعور الشخص بأنــه معــافى والطريقــة التــي يــسلك بها إزاء هذه الحالة.

ومن هنا تم تحديد تصنيف آخر لنماذج الألم وهو:

١. نموذج الداء للألم Disease Model of Pain ويتشابه إلى حد كبير مع النموذج البيوطبي.
٢. نماذج السلوك المرضي للألمIllness' Behavior Models ويقــع تحــت هــذا التــصنيف ثلاثــة توجهات فرعية وهي:

أ) **التوجه الاجتماعي** Sociological Perspective

يهتم هذا النموذج بسلوكات الدور والتوقعات ويرجــع هــذا التوجــه إلــى القبــول الاجتمــاعي للأدوار التي يتبناها الفرد خلال المرض، إذ لا يلام الشخص علــى كونــه مريــضاً وبــنفس الوقــت لا يستطيع أن يقوم بأعبائه ومسؤولياته. ولكن على هذا الــشخص أن ينظــر إلــى المــرض بأنــه شــيء غير مرغوب فيه وبالتالي تقــوم عليــه مــسؤولية محاولــة التحــسن، لــذا عليــه مراجعــة الطبيــب والتعاون مع المحاولات الطبية لكي يتحسن، وهــذا ينطبــق بالتحديــد علــى الألــم الحــاد. والمــشكلة تكمن عندما يتبنى الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنــة ومتكــررة هــذا الــدور، فطلــب الرعايــة الطبية المتكرر هو جزء من مــستلزمات الــدور المرضـــي Sick Role والأخــذ بنــصائح الطبيــب ينتج عنه الشفاء التام، وأي شيء أقل من الشفاء التام غير مقبــول، هــذا بالتأكيــد لا يفيــد فــي حالــة الألم المتكرر(Hanson & Gerber, 1990).

ب) التوجه السلوكي للألم Behavioral Perspective(الإشراط الإجرائي والكلاسيكي)

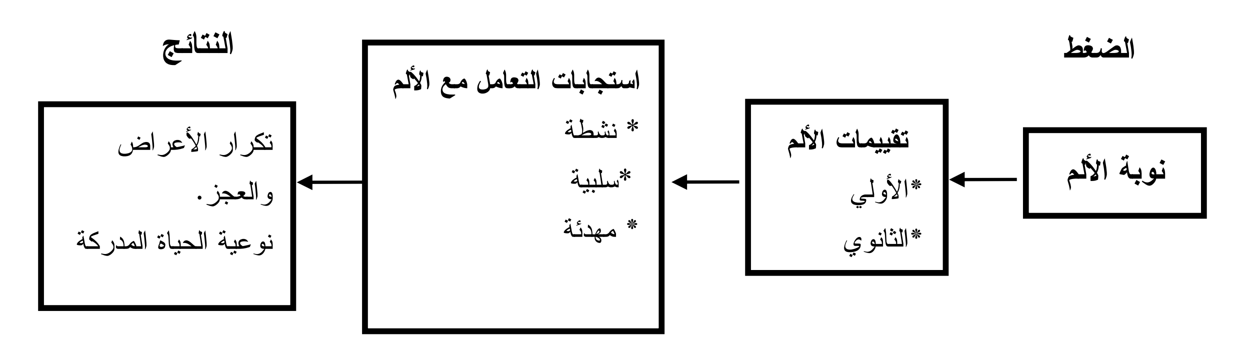
ميّز فوردايس (Fordyce) بين سلوكات الألم الإجرائية والاستجابية، فسلوك الألم الإستجابي يعتمد على المثيرات القبلية ويحدث بطريقة ارتكاسية وهذا ينطبق تماماً على الألم الحاد. بينما الألم المزمن والمتكرر هو بطبيعته إجرائي، لأن الشخص يتعلم سلوك الألم نتيجة للمعززات الموجودة في البيئة. فالشكاوى المستمرة والبحث المتكرر عن المساعدة الطبية، واستعمال مزيلات الألم و تقييد مستوى النشاط للفرد والتعبيرات الانفعالية للكرب، يتم المحافظة عليها جميعاً نتيجة للتعزيز الإيجابي الذي يتلقاه الفرد، مثل الرعاية من الآخرين وتلقي المساعدة في خلال فترات الألم والراحة الجسمية نتيجة لتقليل مستوى النشاطات. وفي بعض الأحيان يكون المعزز سلبياً إذ يسمح الألم للشخص الابتعاد عن المثيرات المنفرة في البيئة. ولقد اكتسب هذا النموذج شعبية كبيرة حيث تم اعتبار فورداس أبو العلاج الإجرائي للألم (Thorn, 2004).

ج) **التوجه السلوكي المعرفي، Cognitive Behavioral Perspective** ويتضمن العمليات المعرفية وبالتحديد عملية التقييم لإحساسات الألم والكيفية التي يتعامل بها الشخص مع الألم.

وقد اهتمت هذه الدراسة بشرح هذا النموذج بالتفصيل ذلك لأنها تعتمد وبشكل أساسي على النموذج السلوكي المعرفي لـ لازاروس وهو الضغط – التقييم – التعامل. يقترح هذا النموذج أن الألم خبرة أو حدث ضاغط وأن معارف الفرد لها تأثير مباشر على عملية التكيف مع الآلام المزمنة والمتكررة من خلال عملية التقييم التي تتضمن اعتقادات الفرد وإيمانه بقدرته على السيطرة على موقف الألم وأيضاً من خلال عملية التعامل التي بواسطتها تتحدد الخيارات التكيفية.

ويوضح الشكل (٢) النموذج الذي اقترحه لازاروس وفولكمان وسميث Lazarus, Folkman & Smith المشار إليه في (Walker,Simth, Garber & Claar, 2005) من حيث أنماط التقييم وهي التقييمات الأولية والثانوية وأساليب استجابات التعامل وهي الاستجابات

النشطة والسلبية والمهدئة ذات العلاقة الهامة بالنتائج التكيفية للفرد وهي تكرار الأعراض والمحافظة عليها والعجز ونوعية الحياة المدركة.



شكل ٢. نموذج لازاروس ورفاقه الضغط (نوبة الألم) – التقييم – التعامل – النتائج (تكرار الأعراض والعجز ونوعية الحياة المدركة) المشار إليه في ووكر ورفاقها Walker, et al., 2005

لقد قدم كل من لازاروس ورفاقه .Lazarus, et al إطار عمل مفيد لعرض هذا النموذج النظري للضغط والتعامل، إذ نظروا إلى أعراض الألم على أنها ضغوط وأن جهود الفرد في التخلص أو التخفيف من الأعراض هي استجابات تعاملية. وذكروا أن النتائج الصحية قصيرة وطويلة الأمد مثل تكرار الأعراض والعجز خلال نوبة الألم ونوعية الحياة المدركة تتحدد وبشكل كبير باستجابات التعامل.

وفي هذه الدراسة، تم التقصي والبحث عن الدور الذي تلعبه العوامل الوالدية في عمليتي التقييم والتعامل باعتبارهما عوامل وسيطة بين العوامل الوالدية وتكرار الشكاوى عند الأطفال وبالتحديد آلام البطن وآلام الرأس وآلام المفاصل.

لقد تم فهم الضغط والتعامل عند الطفل بناءً على دراسات ومفاهيم نظرية تطورت عند الراشدين، ولكن البحوث المتعلقة بالضغط والتعامل ذات العلاقة بالمشكلات الطبية عند الأطفال، بدأت حديثاً تأخذ بعين الاعتبار أهمية تقييم استراتيجيات المواجهة أي استجابات التعامل عند الطفل ضمن إطار السياق النمائي للطفل وأيضاً السياق العائلي. فالتقييمات المعرفية لأي خبرة ضغط تعتمد في الأساس على فهم الطفل للحدث الذي يتأثر بالنمو المعرفي للطفل وبالسياق العائلي (Walker, et al., 2006; Walker & Jones, 2005).

وفيما يلي عرض تفصيلي لمتغيرات الدراسة الحالية:

١- تقييمات التهديد Threat Appraisals

أ) التقييمات الأولية Primary Appraisals

ب) التقييمات الثانوية Secondary Appraisals

٢- استراتيجيات التعامل Coping Stratigies

١. التعامل النشط Active Coping (التعامل المرتكز على المشكلة).
٢. التعامل المهدئ Accomodative Coping (التعامل المرتكز على الانفعال).
٣. التعامل السلبي Passive (التعامل المرتكز على الانفعال).

٣- التأثيرات الوالدية

أ) الأنماط العائلية للأعراض وتتضمن أعراض وعجز الأمهات – طرق الأمهات في التعامل مع أعراضهن الخاصة بهن وطرق تقييم الأمهات لأعراض أطفالهن.

ب) المساهمات الوراثية وممارسات التنشئة الاجتماعية

ج) النمذجة الوالدية

د) التعزيز أي استجابات الأم لسلوك طفلها المرضي.

ولقد تم وضع هذه المتغيرات في شكل نموذج مفاهيمي لتحديد المسارات التي تمت دراستها على النحو المبين في الشكل رقم (١)

١. تقييمات التهديد Threat Appraisals

أ) التقييمات الأولية Primary Appraisals

اقتــرح لازاروس ورفاقــه .,Lazarus et al أن هنــاك نــوعين مــن التقييمــات الشخــصية وهي حرجة ومهمة في فهم الفــروق بــين الأفــراد فــي عمليــة التكيّــف عنــد مواجهــة الأحــداث الضاغطة. ويعتقد لازاروس Lazarus أن هنــاك عوامــل كثيــرة تــؤثر فــي التقييمــات الشخــصية بعضها مؤقتة، تتبع الموقف الظرفي والأخرى ثابتة مثــل الاعتقــادات التــي يحملهــا الــشخص عــن نفسه وعن العالم (القدرات المدركة والاعتقــادات الخاصــة بمركــز الــضبط). ويمكــن فهــم التقيــيم المعرفي على أنه عملية تصنيف لأي مواجهة مــع الأخــذ بعــين الاعتبــار أهميتهــا بالنــسبة لرفــاه الفرد (Well-being). وتركز عملية التقييم علــى المعنــى أو الأهميــة، وتقتــرح نظريــة لازاروس في الضغط والتعامل بإنه إذا واجه الفرد وبشكل متكــرر نوعــاً مــن الــضغوط وضــمن ظــروف أو مواقف متشابهة فإن تقييماته للربح والخــسارة الشخــصية Personal Stakes ســوف تتــشابه عبــر الوقت، بمعنى آخر، يطور الفرد نمطاً ثابتاً معينا للتعامل مع ضــغوط متكــررة ويرجــع هــذا الــنمط إلى طرقه الخاصة في تقييم المكاسب أو الخسائر، وهذا ينطبق تماماً على نوبات الألم.

وقد أشار لازاروس وفولكمان إلى نــوعين مــن التقييمــات، التقييمــات الأوليــة والتقييمــات الثانوية، ولا تعني التسمية أن أحد التقييمات أهم من الآخر كمــا لا تعنــي التتــابع الزمنــي للتقييمــين (Lazarus&Folkman,1984 ,Smith& Lazarus,1990).

يؤكد لازاروس في نموذجه للضغط والتعامل علــى أن الــضغط Stress هــو لــيس تعــرض الفرد لحادث معين أو مثير، وانما الحكم على الحدث بإنــه يقتطــع مــن مــصادر الــشخص وبالتــالي يهدد الرفاه لديه، لذا فأي حدث لا يقيّم من قبل الفرد بإنــه ضــاغط لا يعتبــر ضــغطاً. وأمــا بالنــسبة للألم فإن مثير الألم أو الاستجابة البيولوجية لا يعتبــران ضــغطاً وأنمــا العمليــات المعرفيــة والتــي تترجم المثير والاستجابة على أنها مهددة أو غير قابلة للإدارة هي جذور الضغط.

لقد حدد لازاروس وفولكمان ثلاثــة أنــواع مــن التقييمــات الأوليــة للحــدث وهــي الأذى – الخسارة والتهديد والتحدي. ويعتبر لازاروس أن الأذى – الخــسارة هــو الإدراك بــأن التلــف الــذي

حصل هو نتيجة للمثير. أما التهديد فيحمل في مضامينه إدراكاً للأذى أو الخسارة المتوقعة في المستقبل وفي حالة حدوث الأذى أو الخسارة فعلاً فإنه يحمل في مضامينه أيضاً التهديد الناتج عن آثار الخسارة في المستقبل. ويتميز هذا التهديد عن النوع الأول بأنه يسمح بحدوث تعاملات توقعية Anticipatory Coping. والنوع الثالث من التقييم هو التحدي ويتشابه مع التهديد بإنه يحرك جهود التعامل، والفرق الوحيد هو أن تقييمات التحدي تركز على الربح أو النمو المحتمل الذي سوف ينتج عن المواجهة Encounter ويرافقها أيضاً مشاعر إيجابية مثل الشغف، الإثارة، التشويق، بينما يرافق التهديد مشاعر سلبية مثل الخوف والقلق والغضب.

لا ينظر لازاروس لتقييمات التهديد والتحدي على أنهما قطبان لخط متصل، إنما من الممكن أن يحدثا بطريقة متوالية أو متزامنة، ولكن الفروق الجوهرية تظهر في النتائج الكلية. فالشخص الذي تغلب عليه مشاعر التحدي في نهاية المواجهة يعيش حياة أفضل ومستوى أداء وطاقة أعلى كما يتمتع بمعنويات أعلى وصحة جسدية أفضل وفي النهاية يشعر بثقة بالذات(Lazarus& Folkman,1984).

عندما يتم تقييم مثير الألم على أنه مهدد، يوجه الشخص معظم اهتمامه نحو المثير ويتخلل ذلك معالجة معرفية، وهذا بدوره يطلق العنان لبعض الاستجابات الانفعالية مثل القلق و الخوف واستجابات سلوكية مثل تجنب النشاطات المرتبطة بالألم. وهذا يفسر تذمر الأشخاص الذين يعانون من الآم مزمنة ومتكررة من ذاكرتهم الضعيفة وعدم قدرتهم على التركيز وهي نتيجة حتمية لتأثير الانفعالات على المهام المعرفية.

وفي هذا المجال، تقترح نظرية الانتباه المجزأ Divided- Attention Theory أن لدى الفرد قدرة محددة للانتباه، فإذا ما تم التركيز وبقوة على مثير معين فإن هذا يعني اهتمام وتركيز أقل على المثيرات أو المهام الأخرى. وهناك الكثير من الدراسات التي تدعم العلاقة بين الذاكرة والألم فاليقظة الزائدة الموجهة نحو مثير الألم أو توقع مثير الألم يقلل من قدرة الفرد على التركيز والانتباه على مهام اخرى (Kuhajda, Thorn , Klinger, 1998; Kuhajda, Thorn, Klinger , Rubin,2002).

كما يشير بعض المنظرين في مجال الألم المزمن أن اليقظة الزائدة هي المسبب لتكرار الألم وجعله مزمناً. فالخوف والإنزعاج من الألم أو إعادة الإصابة يزيد من مستويات اليقظة الزائدة، وبالتالي يستعمل الفرد المتألم إستراتيجية التجنب للتقليل من مواجهته لأي مثير مؤلم، وهذا يقوده إلى العجز وجعل الألم مزمناً. وتشير هذه النظريات إلى أن الانتباه الاختياري الذي يلازم معظم المرضى المتألمين هو محور العمليات المعرفية المشوهة التي تقود الألم ليصبح مزمناً أو متكرراً (Conrad, Schilling, Bausch,Nadstawek, Wartenberg, Wegener, Geiser, Imbierowicz, Liedtke, 2007).

إن تكرار تقييم نوبات الألم على أنها مهددة وما يرافقه من سلوكات إنسحابية من النشاطات الجسدية المتعلقة بالعمل أو الهوايات وما ينتج عنه من خسارة على مستوى الدخل ونوعية الحياة يؤدي إلى استجرار نوع آخر من التقييم وهو الخسارة Loss، ويرتبط إحساس الفرد بالخسارة بشكل كبير مع مشاعر العجز والاكتئاب ويرتبط بإمكانية أنخراط الفرد بسلوكات غير تكيفيّة. ومن هنا، نرى أن التقييمات الأولية للخسارة ترتبط دائماً وأبداً باستجابات سلوكية وانفعالية لا تبشر بالخير من حيث علاقتها بالتكيّف (Livneh, & Antonak,2005).

تؤكد الدراسات المسحية أن ١٤% من الأفراد الذين يعانون من الآلام المتكررة والمزمنة يستعملون تقييمات التحدي لنوبات ألمهم، أما النسبة الباقية فإنها تقيّم نوبات الألم على أنها مهددة. أشارت هذه الدراسات إلى أن الرجال الذين يعانون من الآلام الحادة يستعملون تقييمات التحدي أكثر من غيرهم. وهذا من شأنه أن يلعب دوراً كبيراً في تخفيف التهديد وتحسين مفهوم الذات و في استعمال طرق حل المشكلات(Dysvik, et al., 2005).

هنا يؤكد تيرك وفلور Turk & Flor في عام (١٩٩٩) المشار إليه في (Walker et al., 2007). على أن المرضى المتألمين في الغالب لديهم تقييمات سلبية غير تكيفية عن وضعهم وعن قدرتهم لضبط الألم بالإضافة إلى تقييمهم لألامهم على أنها مهددة. كما وانهم يعتمدون على التعامل المرتكز على الإنفعالات. وإذا ما رافق ذلك مشاعر من الاكتئاب والتي هي في الغالب تكون مرتبطة وبشكل كبير مع تكرار الآلام، فإن هذه المشاعر تؤثر على التقييمات اللاحقة لنوبات الألم مما قد يساهم في جعل الألم مزمناً ومتكرراً ولمدد طويلة. وعلى

مستوى التقييمات الأولية لنوبة الألم المتكرر، تهتم التقييمـــات الأوليـــة باعتقـــادات الفـــرد عـــن شـــدة نوبة الألم ومدتها ومدى إمكانية تكرارها وخطورتها على الوضع الصحي للفرد

ب) التقييمات الثانوية Secondary Appraisals

تعتبر التقييمات الثانوية عمليات معرفيـــة تـــستجر مـــشاعر وتـــؤثر علـــى خيـــارات التعامـــل لدى الفرد. فالاعتقادات المكتسبة عن الألـــم والأفكـــار الأوتوماتيكيـــة التـــي تظهـــر نتيجـــة للتوقـــع أو استجابة للألم، تعتبر عمليات تقييم معرفية ثانويـــة. فالاعتقـــاد هـــو تقيـــيم عقلـــي يخـــص موقـــف أو شـــخص آخـــر أو الـــذات (Thorn, 2004). ويؤكـــد لازاروس فولكمـــان Lazarus & Folkman (1984) على إن الاعتقاد يمكن أن يعكس وجهـــة نظـــر الـــشخص الفلـــسفية عـــن العـــالم أو الـــذات كما أنه من الممكن أن يعكس وجهة نظر خاصة جداً حول موضوع محدد.

يطور الأفراد مجموعة من المعتقـــدات عـــن آلامهـــم وقـــدراتهم للتعامـــل مـــع الألـــم عنـــدما يختبرون آلاماً مزمنة ومتكررة، مما يساعدهم على إعطاء معنـــى لهـــذه الآلام، كمـــا يـــساعدهم علـــى اختيار الإستراتيجية المناسبة للتعامل مع الألم. وأهم الاعتقـــادات التـــي يحملهـــا الفـــرد وتـــؤثر علـــى النتائج التكيّفية سواءً أكانت لخبرة الألم أو لأي خبـــرة أخـــرى، هـــي الـــضبط أو تقييمـــات الـــسيطرة أي الاعتقادات بأن لدى الفـــرد القـــدرة والمـــصادر اللازمـــة لإدارة الألـــم. ولقـــد أظهـــرت البحـــوث المتعلقة بالعلاقة بين إداركات الـــضبط ومـــستويات الاكتئـــاب وبـــشكل ثابـــت، أن الأشـــخاص الـــذين يملكون الاعتقاد بأن النتائج الإيجابية في حياتهم هي نتيجـــة لجهـــودهم الشخـــصية هـــم الأكثـــر تكيّفـــاً مع الأمراض المزمنة المهـــددة مثـــل الـــسرطان وأمـــراض القلـــب، كمـــا وتقـــل مـــستويات القلـــق والاكتئاب لديهم ويرتفع مستوى انخـــراطهم فـــي النـــشاطات اليوميـــة. وأكـــد البـــاحثون أن إحـــساس الضبط هو منبئ قوي وجيد لإنخراط الـــشخص بالحيـــاة الاجتماعيـــة وبـــالتكيّف مـــع الآلام المزمنـــة والمتكررة(Lipani & Walker,2006; Livneh&Antonak, 2005).

ومن الاعتقادات المهمة أيضاً الكفـــاءة الذاتيـــة للألـــم (Pain Self Efficacy)وهـــو الاعتقـــاد بأن الشخص يستطيع أن يقوم بأداء سلوك معـــين وتوقـــع النتـــائج التـــي تعبـــر عـــن الأحكـــام التـــي تخص نتائج هذا الـــسلوك. وتـــشير دراســـة ووكـــر ورفاقهـــا (Walker et al., 2007) أن الكفـــاءة

الذاتية المدركة هي من العوامل المعرفية المهمة في عملية التكيّف مع الآلام المتكررة والمزمنة، أما توقعات النتائج فلم تكن ذات علاقة مع جهود التكيّف.

والواقع أن الكثير من الدراسات التي سبقت دراسة ووكر ورفاقها .Walker et al وجدت أن اعتقادات الكفاءة وتوقعات النتائج ارتبطت بشكل إيجابي مع تأدية المهام اليومية والقيام بالنشاطات والتمارين عند المرضى الذين يعانون من الآم مزمنة. ولكن هذه الدراسات لم تتفحص التفاعلات بين توقعات الكفاءة وتوقعات النتائج وبين التكيّف أو التعامل. فمثلاً فإن واحدة من القضايا التي يمكن أن تؤثر على الكيفية التي تتأثر فيها جهود التكيّف بتوقعات النتائج، هي هل ينطبق هذا الاعتقاد على النتائج قريبة المدى أم البعيدة؟ فالتمارين الرياضية قد تؤلم المريض الذي يعاني من التهابات المفاصل في المدى القريب ولكنها مفيدة جداً في المدى البعيد(Jensen, Turner & Romano, 1991).

يذكر براون وجلاس وبارك (Brown , Glass & Park (2002 أن على الأشخاص الذين يعانون من الآم مزمنة أن يتعاملوا ليس فقط مع الضغط أو التوتر الناشئ عن الألم إنما مع المشكلات النفسية المرتبطة مع الألم، مثل الاكتئاب وتدني مفهوم الذات. وهذه المشكلات قد يقيّمها الأشخاص المتألمون أصلاً على أنها تقتطع من مصادرهم الشخصية مما يزيد من تعرضهم للضغوط ويتطلب منهم استجابات تكيفيّة إضافية.

أما بالنسبة لنوبات الألم المتكرر فإن التقييمات الثانوية تهتم باعتقادات الفرد عن قدرته للتخفيف من أعراض الألم وتأثير ذلك على القضايا المهمة في حياته باستعمال أنواع متعددة من استجابات التعامل.

مفاهيمياً تحدد التقييمات الأولية والثانوية لنوبات الألم المتكررة والمزمنة مدى التهديد الذي تشكله هذه الآلام على الأهداف الشخصية والالتزامات من خلال الحكم على شدتها ومدتها ومدى ما نمتلكه من مصادر للتعامل معها. كما تحدد معنى العلاقة بين الشخص والبيئة والاستجابة الإنفعالية للألم، وهذه الاستجابة الإنفعالية ترتبط بشكل وثيق مع التهيؤ أو القابلية أو التعرض(Busch,2005).

وبناءً على ما تقدم، يتضح أن التقييمات الأولية والثانوية تؤثر بطريقة مباشرة على الكيفية التي سيتم التعامل فيها مع أعراض الألم. كما وأن استجابات التعامل مثل طلب الراحة أو تشتيت الانتباه عن الأعراض أو الاستلقاء هي التي تحدد النتائج الكلية وهي: المحافظة على الأعراض، أو الغياب عن المدرسة أو العمل و نوعية الحياة المدركة كما تؤثر وبشكل هام على التدخلات الطبية قصيرة المدى والطويلة منها (Dysvik, et al. 2005).

وفي الدراسة الحالية، فقد تم استخدام مفهوم تقييمات التهديد الذي يتضمن التقييم الأولي ويتكون من الوصف الذي يعطيه الفرد لشدة الألم وتكراره وتوقعاته المستقبلية ومدى خطورة وجدية الأعراض كما يتضمن. التقييم الثانوي والذي يشتمل على اعتقادات السيطرة والكفاءة أي اعتقادات القدرة. هذا وقد تم قياس تقييمات التهديد بواسطة قائمة الاعتقادات للأطفال والراشدين واحتسب متوسط درجات التقييم الأولي مضافاً إليه متوسط درجات التقييم الثانوي أي تقييمات القدرة ولكن بعد عكسها وذلك لغاية الحصول على متغير تقييمات التهديد. إذ أكدت ووكر Walker أنه وإلى الدرجة التي يقيّم فيها الشخص نوبة الألم على أنها شديدة ومتكررة وجدية وأنه لا يمتلك القدرة على التعامل معها فإنه يشعر بأن صحته في خطر وأنه مُهدد (Walker, et al., 2005) .

٢) استراتيجيات التعامل

ينظر لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkman إلى التعامل على أنه عملية وليس سمة إذ أنه يعكس جهود التعامل التابعة للموقف والمتغيرة عبر الوقت وعلى ذلك، فلقد "عرفا التعامل على أنه الجهود السلوكية المعرفية المتغيرة باستمرار والتي يتخذها الفرد لإدارة مطالب داخلية أو خارجية والتي تم تقييمها من قبله على أنها مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادر الشخص وإمكاناته" (Lazarus & Folkman, 1984.P.141) .

تتأثر جهود التعامل بخصائص الشخص، كما تتأثر بخصائص الموقف والبيئة أو السياق الكلي. أن الاختلاف في نماذج التعامل يعتمد على التأكيد بشكل اكبر على العوامل الشخصية أو على العوامل ذات العلاقة بالموقف. فمعظم نماذج التعامل تعطي الأهمية للعوامل ذات العلاقة بخصائص الشخص وهذا يقود إلى الأخذ بفكرة سمة التعامل في مقابل الأخذ بعوامل الموقف

واعتبـــاره عمليـــة. أمـــا بالنـــسبة للأطفـــال وجـــد كـــومبس ومـــالكرين وفونـــدكارو Compas, Malcarne, Fondacaro (1988) أن التعامل يـــصبح متمـــايزاً مـــع تقـــدم النمـــو وهـــذا يعكـــس تغيراً في الاستجابات للمواقف المختلفة كما ويعكس المدى الـــذي تـــؤثر فيـــه العوامـــل البيئيـــة علـــى خصائص الطفل وأهمها المزاج Temperament. فهناك علاقـــة بـــين اســـتراتيجيات التعامـــل التـــي يختارها الفرد ويتبناها وبين خصائص الطبع لديـــه فـــإذا كـــان لـــدى الـــشخص الميـــل نحـــو الكـــف السلوكي فإنه قد يختار طرق تعاملية عند تعرضه لـــضغوطٍ معينـــة مثـــل التجنـــب والإنـــسحاب بينمـــا إذا تميز الشخص بخاصية الطبع غير المكفوف، فـــإن التوقـــع وارد وكبيـــر بـــأن يـــستجيب للـــضغوط بطرق وأساليب نشطة. كما وتـــرتبط القـــدرة علـــى اســـتخدام اســـتراتيجية الإلهـــاء والتـــشتيت علـــى خاصية من الطبع وهي التشتيت Distractibility (La Greca, et al.,1992).

ويعتقد الباحثون أن التعامل يرتبط مع أوجه من تنظـــيم الـــذات والـــذي يظهـــر منـــذ الطفولـــة المبكرة. فلـــدى الأطفـــال فـــي مرحلـــة الرضـــاعة القـــدرة علـــى تنظـــيم بعـــض اوجـــه الاســـتثارة الفسيولوجية والسلوك والانفعالات، ومن ثم تنمو وتـــزداد أو تتنـــاقص هـــذه القـــدرات خـــلال عمليـــة النمو. فالطفل يكتسب اســـتجابات متعـــددة ومتنوعـــة مـــن خـــلال اســـتجابات تكتـــسب عـــن طريـــق الملاحظـــة وقـــوانين الـــتعلم (Turner & Aron, 2001; Hill, Murray, Woodall, Parmar & Hentges,2004).

يذكر أدب موضوع الألم نوعين أساسيين من التعامـــل يرتكـــز التمييـــز بينهمـــا علـــى القـــصد أو وظيفة جهود التعامل.

أ) التعامل المرتكز على المشكلة/ التعامل النشط

يرجع إلى الجهود الموجهـــة نحـــو تغييـــر بعـــض أوجـــه الـــشخص أو البيئـــة أو الـــسيطرة عليهما أو على العلاقة بينهما والتي تدرك من قبل الـــشخص بأنهـــا ضـــاغطة. هنـــا توجـــه الجهـــود نحو تحديد المشكلة، ومـــن ثـــم الاختيـــار بـــين مجموعـــة بـــدائل (Lazarus,1999). فعلـــى ســـبيل المثال قد يعمل طفل يعاني من الـــسكري النـــوع الأول علـــى مراقبـــة نمـــط غذائـــه بدقـــة كطريقـــة

للسيطرة على المرض. ويتشابه هذا التعامل مع ما يسمى التعامل النشط، الذي يتضمن جهوداً معرفية واعية من الفرد للتخفيف من المرض والألم.

ب) التعامل المرتكز على الانفعال/ التعامل السلبي والتعامل المهدئ

يرجع إلى الجهود المعرفية لإدارة أو تنظيم المشاعر السلبية المرتبطة بنوبة الألم. ويتضمن أسلوبين من الجهود: السلبية Passive ومن أمثلتها التفكير الكارثي، والمبالغة وعزل الذات. أما الأسلوب الآخر فهو المهدئ Accomodative ومن أمثلته التكتم، والقبول، والتقليل من الألم وتشجيع الذات والتجاهل أو التشتت. فمثلاً الطفل الذي يعاني من النوع الأول من السكري قد يستعمل الاسترخاء وتهدئة النفس قبل أن يأخذ حقنة الأنسولين (La Greca et al., 1992; Walker, Smith, Garber & Vanslyke, 1997).

أشارت الدراسات إلى أن الأطفال الذين يستعملون أنماط التعامل السلبية المرتكزة على الانفعال، لديهم صعوبات في التكيّف مع الأمراض المزمنة والمتكررة أكثر من الأطفال الذين يستعملون استراتيجيات تعتمد على المشكلة. ولقد أكدت كثير من هذه الدراسات أن هناك ارتباطات واضحة بين الاكتئاب، والذي في العادة يرافق وجود الأمراض المزمنة والمتكررة واستراتيجيات التعامل المرتكز على الانفعال. بالإضافة إلى ذلك، اتضح أن الاطفال الذين يستعملون استراتيجيات التعامل المرتكز على المشكلة يتميزون بمستويات عالية من تقدير الذات ومستويات منخفضة من الاكتئاب. من هنا، يوصي المهتمون بإدارة الألم المزمن والمتكرر التعرف على نمط التعامل وتقييم الاكتئاب وتقدير الذات عند القيام بإجراءات التقييم العيادي (Dysvik, et al., 2005; Nicholas & Asghari, 2006; Gurege, 2008).

ولقد وجدت الكثير من الدراسات إثباتات وأدلة عن دور الكارثية في التكيّف مع الألم عند الأطفال والراشدين، إلا أن هذه الدراسات قد تجاهلت السياق الاجتماعي الذي يؤثر على سلوك الألم، مما يؤثر على مصداقية الدراسات خاصة عند الأطفال، لأنهم يتأثرون بشكل كبير بالراشدين من حولهم. لذا فإنه من المهم التعرف على المدى الذي يقيّم فيه الوالدان ألم الطفل

على أنه كارثي وأثر ذلك على صحة الوالـدين النفـسية وأيـضاً علـى سـلوك الألـم عنـد الطفـل (Goubert, Eccleston, Vervoot, Cromboz & Jordan, 2006).

إن الاستجابة للألم بطريقة سلبية وكأن هذا الألـم هـو إشـارة لكارثـة تهـدد الـصحة، لهـا أهمية كبرى في النماذج المطورة لفهم العجز المرتبط بالألم ولقد أيـدت الكثيـر مـن الدراسـات التـي أجريت على الراشدين العلاقـة بـين التكيّـف مـع الألـم والكارثيـة. (Crane & Martin, 2004, Vervoort, Craig, Goubert, Dehooene, Joos, Matthys, Buysse & Crombez, 2008).

ويؤكـد جيرنـت ورفاقـه (Jerant, et al. (2005 أن اسـتعمال اسـتراتيجيات التعامـل النشطة أي المرتكزة على المـشكلة ارتـبط وبـشكل وثيـق مـع الإلتـزام بنظـام الرعايـة الذاتيـة والتعليمات الطبية، والتي من شأنها أن تقلل مـن العجـز أو التـي قـد تـساعد فـي تحـسين نوعيـة الحياة حتى لو لم تكن العلاجات الطبية فعالة. وهذا يرجع إلى التحـسن الـذي يطـرأ علـى الفاعليـة الذاتية للفرد أو توقعات الكفاءة. فإدراك الفرد بأنـه يـسيطر علـى أمـور الـصحة والمـرض وأنـه يقوم بإجراءات نشطة في هذا الخصوص له نتائج إيجابية علـى الـسلوكات الـصحية وبالتـالي علـى الصحة بـشكل عـام. ويـذكر جيرنـت ورفاقـه .Jerant, et al أن لـوريج و هولمـان Lorig & Holmanقد طورا برنامجاً لإدارة الـذات للمرضـى الـذين يعـانون مـن الآم متكـررة ومزمنـة، يعتمد على المصادر الأربعة لرفع الفاعلية الذاتيـة. هنـا يـشير كرستنـسن سـشميدت وهوجـارد و كريجبـوم وهلسيـشتان Christensen, Schmidt, Hougard, Kriegbaum & Holstein (2006) إلى أن هناك علاقة بين اسـتعمال اسـتراتيجيات التعامـل المرتكـزة علـى المـشكلة وبـين المستوى الاجتماعي الاقتصادي فكلما ارتفـع المـستوى التعليمـي للمرضـى كلمـا ازداد اسـتعمالهم لأستراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة.

وبشكل عام تؤكد نتائج الدراسات والأبحاث في التعامـل عنـد فئـة الأطفـال الـذين يعـانون من أمراض والآم متعددة متكررة ومزمنـة أن جهـود التعامـل المرتكـز علـى المـشكلة أفـضل، إذ أنها تعود بالفائدة بشكل كبير على الطفل وعلى جميـع الأصـعدة الـسلوكية والانفعاليـة والوظائفيـة. ولكـن بالمقابـل شـدد البـاحثون علـى الأخـذ بأسـلوب التعامـل المهـدئ (التقليل،والإلهـاء،

والتشجيع،والقبول) الذي يرتكز على الانفعال لأنه أيضاً يفيد الطفل. فإعادة تأطير المشكلة بشكل إيجابي والشعور بإحساس الإنجاز في السيطرة على المهام اليومية، ومحاولة قبول الآلام والمحافظة على حالة إيجابية؛ جميعها تساعد أو تسهل التكيّف المرتكز على المشكلة (Murk, 1999; De ridder &Scheurs, 2001; Endler,Corace, Summer Feldt,Johnson& Rothbart, 2003; Nicholas & Asghari, 2006).

أشار لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus & Folkman إلى أن كلا التعاملين المرتكز على المشكلة والمرتكز على الانفعال يرتبطان بإدراكات السيطرة أو الضبط، من هنا افترضا أنه عندما تتميز التقييمات الأولية بصبغة تهديدية ويرافقها مشاعر خوف وقلق، عندها يصبح من المفيد أن تكون جهود التعامل موجهة نحو الانفعال. وحديثاً أكد دايزفيك ورفاقه Dysvik el al. (2005) أن الأطفال يستعملون التعامل المرتكز على الانفعال عندما يقيّمون ويقدرون الموقف على أنه لا يمكن السيطرة عليه. فاعتقادات السيطرة أو الضبط تلعب دوراً مركزياً في عملية الحكم.

ويجادل بيرارا وهايسن وجودانيف وفونباير (Piira, Hayes, Goodenough, Von Baeyer, 2006) أن استراتيجية الإلهاء أو التشتت وهي من الاستراتيجيات التي ترتكز على الانفعال، والتي غالباً ما يستعملها الأخصائيون في العيادات لإدارة الألم الحاد عند الأطفال، قد لا تكون مفيدة مع تقدم الطفل في العمر. واقترحوا استعمال استراتيجيات تعتمد على المقاربة (Approach)خاصة مع الأطفال الذين يجدون صعوبة في الابتعاد عن التفكير في الألم. وعلى الطبيب هنا أن يشجع الطفل على تركيز انتباهه على خبرة الألم الحسية الداخلية ومحاولة التحدث عن هذه الخبرة بإطارٍ وصفي وليس إنفعالي.

وينظر ليفنيه وزملاؤه (Livneh, et al. (2004 إلى استراتيجية القبول على أنها عبارة عن عملية دينامية من التغيرات الحاصلة على مستوى القيم الشخصية التي تؤدي إلى تكيّفٍ أفضل مع الآلام المزمنة والمتكررة. ويؤكدون أن نتائج الأبحاث التطبيقية تشير إلى ارتباط هذه الإستراتيجية بإرتفاع في مستويات تقدير الذات وانخفاض العدائية عند المرضى المتألمين، كما أنها منبئ جيد لنجاح الفرد في إندماجه مع مجتمعه.

ومن المثير للاهتمام في هذا السياق أن مجمل البحوث أكدت على أهمية نمط استراتيجيات التعامل وأثرها على النتائج النفسية الاجتماعية مثل القلق والاكتئاب وتقدير الذات المتدني والرضا عن الحياة خاصة في الأمراض المزمنة المهددة مثل السرطان وأمراض القلب. وأظهرت نتائج هذه البحوث أن استراتيجات حل المشكلة وروح المقاتلة وإعادة التفسير الإيجابي ومحاولة البحث عن دعم، ارتبطت وبشكل إيجابي مع التكيّف مع الآلام والأمراض. كما وأن أنماط التعامل التموضوعية (Dispositional) مثل التفاؤل وإحساس التناسق والصلابة النفسية ووجود معنى للحياة وإدراكات الضبط الداخلية ارتبطت جميعها مع إنخفاض الكرب الإنفعالي والتكيّف الجيد مع الألم والأمراض. أما تبني استراتجيات فك الارتباط مثل التمنّي ولوم الذات والتجنب فلقد ارتبط مع ارتفاع مستويات الكرب الإنفعالي والنتائج التكيّفية السيئة. وأخيراً، ذكر الباحثون أن استعمال استراتيجية الإنكار ارتبط بشكل إيجابي مع تحسن في الوظائف النفسية في المراحل الأولى للمرض، بينما استعمال هذه الاستراتيجية على المدى البعيد يؤدي إلى نتائج تكيفيّة سيئة.

تبرز مهارات التعامل بنوعيها المرتكزة على الانفعال والمرتكزة على المشكلة في مراحل مختلفة من النمو. فالتعامل المرتكز على المشكلة يُكتسب مبكراً، إذ من الممكن لطفل الروضة أن يكتسب هذه المهارة عن طريق نمذجة سلوك الوالدين، بينما تتطور مهارة التعامل المرتكزة على الانفعال في مراحل متأخرة حيث يُعبّر عنها ضمنياً ولا يستطيع الطفل أن يراها أو يلاحظها. من هنا، يرى الباحثون أن الأطفال تنقصهم الوسائل إلى الوصول إلى حالاتهم الانفعالية الداخلية، وبالتالي يفشلون في تنظيم انفعالاتهم حتى مع وصولهم إلى مرحلة العمليات التي تظهر بها قدرتهم بوضوح على استعمال مهارات التعامل التي ترتكز على الانفعالات. وعادة يفشل الأطفال في استعمال هذه المهارة بطرق تخفف من أعراض الألم ذلك لأن معظم طرق إدارة المشاعر المتعلمة هي غير مناسبة إذ يسودها التنفيس غير المناسب (Mcparland, Wttyte & Murphy- Black, 2005).

وفي نموذج لازاروس Lazarus يتم النظر إلى التعامل كمتغير تابع ومستقل. أي أن لازاروس Lazarus ينظر إلى التعامل كمؤثر ومتأثر بباقي العوامل البيئية والشخصية فهو

يؤثر وبشكل مباشر بالنتائج ومعظمها نفسية وأعراض جسديه كما أن جهود التعامل تتأثر بالتقييمات المعرفية وبعوامل التأثيرات الوالدية.

ومن هنا استنتج علماء نفس طب الأطفال مبكراً أن الطرق التي يقيّم ويتعامل فيها الأطفال مع الضغط ذات العلاقة بالصحة والمرض لا يمكن أن تفهم إلا ضمن السياق العائلي.

وبناءً على ذلك، تم طرح فكرة أن التكيّف خلال الطفولة هو شأن عائلي، فالعائلة تقدم المعلومات والدعم وقد تدفع الطفل وتشجعه للاستفادة من قدراته الكامنه كما تقدم النموذج من خلال استعمال العائلة لأساليب تكيّف محددة، بالإضافة إلى ذلك، تضع العائلة القواعد وتحدد الأنظمة داخل الأسرة. وهذا يؤثر على أساليب التعامل المستعملة، وأخيراً تعمل الأسرة كنظام بحيث أن جهود التعامل لدى أي فرد من أفرادها يتأثر ويؤثر بالأفراد الآخرين (La Greca, et al.,1992).

تؤثر طريقة تعامل العائلة مع ألم أحد أفرادها على مسار الألم والمرض، لذا يجب النظر إلى الألم من منظور اجتماعي. من هنا يتساءل الباحثون هل تلعب العائلة دوراً في أسباب نشوء الألم المزمن أم هل تؤثر في المحافظة على الأعراض؟ وفي المقابل هل أعراض الأطفال الجسدية تؤثر على تكيّف العائلة بالمجمل؟ (Claar & Walker, 1999).

تفسر عمليات التعلم الاجتماعي بشكل واضح أثر العائلة على تعلّم مهارات التكيّف المرتكزة على المشكلة، خاصة وأنها في الغالب ما تكون عبارة عن مجموعة سلوكات واضحة. بينما عمليات التفكير الضمني والتي في الغالب لا يتم ترجمتها لفظياً من قبل الأهل فإنه لا يتم تعلمها ونمذجتها، وضمن العائلة تعتبر الأم الأكثر تأثيراً على الأطفال لأنها الأكثر قرباً منهم خاصة على الصعيد الانفعالي (Band, 1990).

يقترح أدب الموضوع أن الأهل يشكلون أنماط عزو خاصة لسلوك الأطفال وهذه الأنماط تؤثر بشكل رئيسي على التفاعلات بين الطفل والأهل، كما تؤثر على سلوك الأهل وعلى نمو الأطفال. كما ذكر، فإن الأمهات هن المسؤولات عن أخذ القرارات فيما يتعلق بسلوكات أطفالهن المرضي. فاعتقادات الأم عن أسباب المرض والألم تؤثر بشكل مباشر على

سلوك طلب المساعدة عند الأطفال. و بالتالي، فإن فهم إدراك الأمهات لأسباب الألم عند أطفالهن هو عامل مفصلي لوضع القرارات العلاجية (Mcparland, et al., 2005; Levy Langer, Walker, Field & Whitehead, 2006).

من هنا، نستطيع القول أن الخبرات الفردية خلال الألم وفترات المرض تتباين كمحصلة لخصائص الطفل وديناميات العائلة والتأثيرات المبكرة في نماذج الألم في العائلة و خصائص الأم. لذا ولتحسين استجابات الأطفال التكيّفية ذات العلاقة بالألم والتأثير على المخرجات النهائية وهي النتائج الصحية وتكرار الأعراض ونوعية الحياة المدركة، يجب أن يتم ذلك من خلال فهم نظام العائلة وبالأخص الأم، إذ على ما يبدو فإن الأم هي النقطة المركزية التي تنطلق منها خبرات الطفل، فهي التي تقرر ماذا تعني أعراض الألم وتقييمها وتستجيب لها بطرق مختلفة. وهذا السلوك الأمومي يؤثر على خصائص الطفل ليعطي نمطاً خاصاً لنوع العلاقة بين الطفل والأم وبالتالي يؤثر على طرق تكيّف الطفل بشكل عام وبالمرض بشكل خاص (Reid & McGrath, Lang, 2005; Claar & Walker, 1999).

وبناءً على ما تم ذكره، فقد اشتمل النموذج موضع الدراسة على استراتيجيات التعامل بأبعادها الثلاثة: **السلبية** (الكارثية، عزل الذات، عدم الارتباط السلوكي) **والمهدئة** (القبول، التقليل، التشجيع) **والنشطة** (حل المشكلات، وطلب الدعم الاجتماعي) والمدى الذي يتأثر به كل بعد بأساليب التعامل عند الأم والمدى التي تؤثر به استراتيجية التعامل السلبي على تكرار الشكاوى أو تكرار سلوك الألم.

٣) التأثيرات الوالدية

أ) الأنماط العائلية للأعراض والنتائج الصحية (الأعراض والعجز)

إن إحدى المبررات الهامة التي تستوجب دراسة تأثيرات الأمهات على سلوك الألم عند الأطفال هو ما أكدته الكثير من البحوث عن العلاقة بين الوضع الصحي للوالدين وبين أعراض الأطفال. ومع أن هذه البحوث لم تقدم دليلاً لعمليات سببية، إلا أنها كانت ذات قيمه من حيث

تركيزها على التشابه بين أعراض وشكاوى الألـم عنـد الأطفـال وبـين الأعـراض والعجـز لـدى الوالدين.

ذكـر ابلـي وهيـل Apley & Hale عـام ١٩٧٣ المـشار إليـه فـي (Gulhati & Minty,1998) مصطلح العائلات المتألمـة Pain Families وهـي العـائلات التـي يعـاني أحـد الأبوين فيها من آلام متكررة ومـشكلات نفـسية. واقترحـا أن وجـود أطفـال لـدى هـذه العـائلات يعانون من آلام متكررة هو أمر وارد كما أضافا أنـه مـن المـستبعد أن يكبـر هـؤلاء الأطفـال دون أن يتطور لديهم اضطراب الجسدنة

لقـد وجـد ادوارز وزيتـشنر وكيوزمبيرسـي وبوسـكواوزكي Edwards, Zeichner Kuczmierczyke, Boczkowowski (1985) عنـد دراسـتهم لطـلاب فـي الجامعـة أن وجـود أعراض ألم محدد عند أحد أفراد عائلات هـؤلاء الطـلاب يُنبـئ عـن طبيعـة نوبـات الألـم التـي سوف تصيب عينة الدراسة وهم طلاب الجامعة. و بالنسبة للإنـاث فـي هـذه العينـة، فلقـد ارتـبط وجود نوبات آلام بطنٍ متكررة عند أمهات الطالبات بتكـرار نوبـات الألـم عنـد هـؤلاء الطالبـات. ولقد وجد تيرك (1985) Turk أن وجود فرد مـن أفـراد العائلـة يعـاني مـن الـم متواصـل فـي الرقبة أو المفاصل ينبئ عن إمكانية تعرض أفراد آخرين من العائلة إلى نفس نوع الألم.

أكـدت ولكـر وجربـر وجـرين (Walker Garber & Greene (1993 أن الأطفـال الذين يعانون من آلام بطن متكررة لديهم أقـارب مـن الدرجـة الأولـى يعـانون مـن اضـطرابات معوية. كما يعاني أقارب لهم ليسوا مـن الدرجـة الأولـى يعيـشون معهـم فـي نفـس البيـت مـن مشكلات صحية متعددة أكثر من الأطفال الأصحاء. وهناك بحـوث أخـرى أعطـت دلـيلاً واضـحاً على وجود ارتباط بين أعراض الأطفال وأعـراض والـديهم والنتائـج الـصحية لكليهمـا منهـا بحـوث ووكـر وجـرين(Walker & Greene (1989 وجيربـر ووكـر وجـرين وزيمـان (Garber, Walker, Greene & Zeman, (1991 وليفـي ورفاقـه (Levy, et al. (2004 حيث خلصت نتائج دراساتهم إلى أن هناك علاقـة بـين تكـرار الـشكاوي الجـسدية عنـد الأطفـال وبين شكاوى أمهاتهم. كما وجد هـؤلاء البـاحثون أن ظهـور الآم بطـن متكـررة فـي الأسـبوعين الذين سبقا وقت الدراسة ارتبط بشكل إيجابي مـع تكـرار الـشكاوى الجـسدية للأمهـات فـي الـسنة

المنــصرمة. وفـــي دراســات تتبعيــة لــوولكر جربــر وجــرين Walker, Garber, Greene (1994)، أكدت نتائجها أن الأطفال الــذين حــافظوا علــى الأعــراض، أي اســتمرت الآلام لــديهم لمدة سنة بعد الدراسة الأولى ينتمون إلى العائلات التي استمر ظهور الأعراض الجسدية لديها.

أمــا أوزبــورن وهيتــشير وريتــشتزميير Osborn, Hatcher, Richtsmeier (1989) فلقد أشاروا في دراستهم إلى أن الأطفال وعائلاتهم الذين يعانون مــن الآم بطــن متكــررة لــيس لهــا سبب عضوي، يظهــرون وجــود نمــاذج محــددة للألــم، فمــثلاً لــديهم نفــس اضــطرابات الألــم وينخرطون بنفس السلوك المرضي.

وإنسجاماً مع ما سبق، أكد الباحثون أن هنــاك تــشابهاً بــين الأعــراض والــشكاوى وســلوك الألم الذي يظهره المرضى الــذين يعــانون مــن أمــراض مزمنــة وبــين أعــراض وســلوك الألــم لأطفــالهم. (Jamison & Walker, 1992, Mikail & Von Baeyer, 1995. Rickard, 1988).

أما ليفي ورفاقــه (Levy, et al. (2004 فلقــد أكــدت نتــائج دراســتهم أن الأطفــال الــذين يعاني والدوهم من متلازمة القولون المتهيج يعانون بــشكل كبيــر مــن أعــراض جــسدية متكــررة سواءً أكان لها علاقة بالمعدة والأمعاء أم ليس لهــا علاقــة بالمعــدة والأمعــاء ولقــد ارتــبط وجــود الأعراض بشدة مع الاستجابات الرعوية من قبل الوالدين.

كما ذكر ديــوبنير Daubener عــام ٢٠٠٠ المــشار إليــه فــي (Heckman & Westfeld, 2006). أن احتمالية أن يختبر الأطفال صداعاً متكرراً تزداد عند وجــود صــداع متكــرر عنــد أحــد الوالدين. ولاحظ أن الأطفال الذكور يختبــرون نوبــات صــداع متكــرر بــشكل أكبــر إذا كــان الأب هو من يعاني

وعنــدما درس أبلــي ونــاش (Apley & Naish(1958 عينــة مكونــة مــن ألــف عائلــة لمعرفة نسب انتشار الآم الــبطن المتكــرر لــدى أطفالهــا، وجــدا أن العــائلات التــي يعــاني أحــد الوالدين وخاصة الأم من شكاوى جــسدية متعــددة يتميــز أطفالهــا بــأعلى نــسب مــن آلام الــبطن

وغيرها من الشكاوى الجسدية. كما توصل اوستر(1972) Oster إلى نفس النتائج بعد دراسة طولية استمرت لمدة ثماني سنوات وشملت ٢٥٠٠ عائلة.

بالإضافة إلى ذلك، فإن تكرار نوبات الألم عند هؤلاء الأطفال ارتبط بشكل إيجابي بمدى العجز والكرب الانفعالي الذي يظهره والدوهم. فالأطفال الذين يعاني والدوهم من آلام مزمنة في الظهر، زاروا عيادة المدرسة بشكل متكرر أكثر من الأطفال المنحدرين من عائلات أصحاء (Rikard, 1988). ولقد راجع فاجن (2005) Fagan مجموعة من البحوث المتعلقة بأثر الآلام المتكررة عند الوالدين على الأطفال، ومنها دراسة ميكيل وفون بيير Mikail & Von Baeyer التي شملت مجموعة من أطفال العائلات الذين يعانون من صداع نصفي فوجدوا أن لديهم مستويات عالية من الشكاوى الجسدية وأهمها الصداع، بالإضافة إلى تدن في مهارات التكيّف والمهارات الاجتماعية، وذلك عند مقارنتهم مع عائلات أطفال أصحاء. أما ريكارد(1988)Rickard فقد أجرى دراسته على إدراكات المعلمين لسلوك الأطفال الذين يعاني والدوهم من شكاوي جسدية متكررة ومزمنة وأشار المعلمون إلى أن لدى هؤلاء الأطفال مشكلات سلوكية كما ويتبنون السلوك االمرضي أكثر من الأطفال الذين لا ينحدرون من عائلات لا يعاني آباؤهم من آلام جسدية متكررة ومزمنة.

أشارت نتائج دراسة لوجين وجيوت وشيري وروز Logan, Guite, Sherry & Rose (2006)، إلى أن المراهقين الذين ينحدرون من عائلات يعاني والدوهم من الآم مزمنة ويرافقها مشاعر اكتائبية لديهم مستوى متدني من مفهوم الذات كما و يشاركون في النشاطات المدرسية بشكل أقل.

وذكر بريزيه فيليبس فيندلي تاجول وايدميدز وموري ونيلسون Pryse- Phillips, Findlay, Tugwell, Edmeads, Murray & Nelson (1992) أن ٥٠% من الآباء الذين يعانون من صداع توتري متكرر أشاروا إلى تخليهم عن نشاطاتهم ومهامهم اليومية بسبب هذه الآلام، كما ساءت علاقاتهم الأسرية خلال نوبات الألم إذ ارتفع مستوى التوتر والنزاعات الزوجية وسادت مشاعر الغضب والقلق في اجواء الأسرة.

بالإضافة إلى ذلك اشارت دراسة مسحية في الولايات المتحدة إلى أن العائلات التي يعاني أحد الوالدين فيها من صداع نصفي توتري متكرر تخلى ٧٩% منهم عن مسؤولياتهم ومهامهم اليومية بما فيها إلغاء جميع النشاطات مع أطفالهم، كما وقلت اوقات اللعب والمساعدة في الواجبات المدرسية، وتدنت نسب التواصل اللفظي والتماسك والدعم خلال نوبات الألم. كما اشار ٧٣% من الأمهات اللواتي يعانين من صداع نصفي متكرر وتوتري إلى أن مشاعر العزلة والارتباك والإحباط كانت هي السائدة عندهن (Smith, 1998).

وبناء على ما تقدم، يتضح أن الآلام والشكاوى الجسدية لأحد الوالدين وخاصة الأم تؤثر بشكل مباشر ليس فقط على تكرار الشكاوى والسلوك المرضي عند الأطفال إنما أيضاً على وظائفية الأسرة وعلى العلاقات بين الطفل والوالدين، مما قد يثير الكثير من التساؤلات عن مدى ما يمتلكه هؤلاء الأطفال من صحة نفسية ومهارات تكيّفية تساعدهم على مواجهة تحديات الحياة الطبيعية. وإذا ما اضفنا إلى ذلك ما أكده جودمان وماك وجراث وفورورد Goodman, McGrath & Forward (1997)إلى وجود علاقة إيجابية بين الأعراض الجسدية عند أحد الوالدين وأعراض الأطفال، عندها يمكن تقدير مدى الضغوط التي يتعرض لها هؤلاء الأطفال ومدى ما يحتاجون إليه من مصادر شخصية وبيئية للتعامل مع هذه الضغوط.

ب) المساهمات الوراثية وممارسات التنشئة الاجتماعية

لقد عزى الباحثون التشابه الحاصل على مستوى سلوك الألم بين أفراد العائلة إلى عدة عوامل منها: العوامل الوراثية – وعوامل الممارسات خلال عملية التنشئة الاجتماعية مثل: النمذجة والتعزيز. (McGrath & Finley, 1990; Turk, et al.,1987; Crane & Martin, 2004; Reid, McGrath & Lang,2005)

يستطيع الشخص نظرياً أن يرث قابلية في نظام الأعضاء وحساسية معينة تجاه الألم(Turk et al. (1987 ولكن أدب الموضوع يفتقد إلى إثباته. وبالرغم من أن دراسة المتابعة التي أجراها بيلا (Billa (1981 المشار إليه في (Nielsen, Stubhaug, Price,

(Vassend, Czaj Kowski, Harris,2007. على الأطفال الـذين يعـانون مـن صـداع متكـرر وشديد قد اثبتت أن نصف المجموعة من الإنـاث التـي عانـت فـي طفولتهـا مـن صـداع متكـرر يعاني أطفالهن في الوقت الحالي من صداع متكرر. وهذا يعطـي دلـيلاً علـى أن الأمهـات بالتحديـد ينقلن الصداع إلى أطفالهن. إلا أن هذه الدراسة تفتقد إلـى الإثبـات الـسببي. بالإضـافة إلـى ذلـك، فإن أنواع الدراسات التي أجريت لفحص تطور سـلوك الألـم تخلـط بـين ادوار العوامـل الوراثيـة وممارسات التنشئة الاجتماعية. فالارتباطات الملاحظة علـى مـستوى أعـراض الألـم لأفـراد فـي العائلة والوالدين يمكن أن تفسر كنتيجـة لعـاملي الوراثـة وممارسـات التنـشئة. وعلـى هـذا فإنـه عندما يتم فحص العوامل المساهمة فـي تطـور سـلوك الألـم فإنـه مـن المهـم الحـصول علـى معلومات دقيقة للتاريخ الصحي للعائلة وليس تقارير الألم الآنية.

وفي هـذا الـصدد، ذكـر أزبـورون ورفاقـه (Osborne, et al. (1989 أنـه عنـدما تـم الاستفسار عن نماذج الألم في بيئات الأطفال ذكر كثير مـن الأطفـال الـذين يعـانون مـن الآم بطـن متكررة، بأن أفراداً من العائلة يعانون من أوضاع طبيـة متعـددة منهـا الـسكري، وهـي غيـر ذات علاقة باضطراب الأمعاء الذي يعانون منـه. كمـا ذهـب كرسـتين ومورسـين Christenten & (Mortensen (1995 إلى ابعد من ذلك، حيث أشـارا فـي دراسـتهما عـن سـلوك الألـم إلـى أن الآباء الذين عانوا في طفولتهم من الآم بطن متكررة لا يعـاني أطفـالهم فـي الوقـت الحاضـر مـن الآم متكررة، بينما الآباء الذين يعانون في الوقت الحاضـر مـن اضـطرابات معويـة والآم متكـررة أخرى يعاني أطفالهم من الآم متكررة ومتعددة.

ومن هنا يمكن القول ان خبرات ألم الآباء الحالية ولـيس خبـرات الألـم فـي الطفولـة هـي التي ترتبط مع أعراض الألم عند الأطفال. وهذا دليل قوي علـى المـدى الـذي تـؤثر بـه العوامـل غير الجينية على سلوك الألم عند الأطفال.

وفـي هـذا الـصدد، اشـار باترسـون بـرولين وبيرجـسترون Peterson, Brulin & (Bergstrom (2006 إلى أن الأطفال وبعمر الـسادسة يتـذمرون وبـشكل متكـرر مـن أعـراض الألم التي تحدث في مواقع جسمية متعددة وقد تتبـدل مـع الوقـت. كمـا ذكـروا أن ظـاهرة تكـرار الأعراض مع التبدل في المواقع لفتـت أنظـار البـاحثين فـي أمريكـا وايـسلندا وهولنـدا وألمانيـا

والسويد وبالتالي قاموا بإجراء دراسات لمعرفة العوامل المساهمة بحدوث الأعراض وفي تبدل المواقع. ولقد أكدت نتائج دراساتهم أن الأطفال الذين يعانون من ألم يتكرر مرة واحدة في الأسبوع الواحد والذين يشكلون ٣٠% من عينات دراساتهم، يذكر ٦٢% منهم أن أعراض الألم تتبدل في المواقع الجسمية. وفي هذا إشارة واضحة إلى أن عوامل التعزيز والنمذجة هي الأكثر وضوحاً في سلوك الألم وليست عوامل الوراثة. ذلك لأن موقع الألم من المفروض أن يتحدد فسيولوجياً إذا كان للوراثه دوراً في حدوثه.

أما محمد وشيركاز وريلاي وسبكتوروترودجل Mohammed, Cherkas, Riley, Spector, Trudgill (2005) فلقد أكدوا في دراستهم عن العوامل الجينية على متلازمة القولون المتهيج وهو أحد الاضطرابات الجسدية الذي يصيب الراشدين، أن معظم الدراسات السابقة أشارت إلى تكرار هذه المتلازمة عند الأقارب من الدرجة الأولى. وقد تكون هذه إشارة إلى العوامل الجينية، ولكن هذا لا يميز بين العوامل الجينية والعوامل البيئية، لذلك، تكونت عينة الدراسة لديهم من التوائم المتماثلة والتوائم غير المتماثلة التي تشارك معاً بنفس العوامل البيئة وخرجت هذه الدراسة بنتيجة مفادها أن عوامل التنشئة كان لها أثر أكبر في ظهور الأعراض الجسدية.

ج) النمذجة الوالديةParent modeling

جادل كل من كرين ومارتن Crane& Martin (2004) ووكر وجاربر وجرين Walker, Garber & Greene, (1994) وكثيرون غيرهم أن ملاحظة وادراك الأطفال لسلوك المهمين الآخرين في حياتهم يساهم وبشكل كبير في طريقة إدراك الأطفال لقضايا الصحة والألم. فمراقبة الأطفال لطريقة الأشخاص المهمين لديهم مثل الأمهات في تعريف نوبة الألم واستجابتهن لهذه النوبات، يساهم بقدر كافٍ في تعليمهم الكيفية التي يفسرون فيها مدى جدية أعراضهم، وما هو التنبؤ المتوقع للأعراض عند الشعور بها، وكيف يعتنون بأنفسهم عندما يشعرون بالمرض. فالتعلم بالملاحظة من شأنه أن يشكل الأساس في فهم الظواهر التي لا يمكن تقييمها بطرق موضوعية وبمقاييس معيارية. وهذا ينطبق تماماً على نوبة الألم. إذ أن

درجة معقولة من المقارنة الاجتماعية ما هو إلا أمر ضروري لتحديد مدى أهمية وشدة أعراض الألم وما هو الإجراء المناسب للإستجابة لهذه الأعراض. (Craig, 1986).

لقد أوضحت العديد من الدراسات تأثير النمذجة على سلوك الألم عند الأفراد، أذ أكدت الدراسات النفس اجتماعية أن هناك ثباتاً ملاحظاً على مستوى أنماط السلوك المرضي الذي أظهرته مجموعات إثنية وثقافات محددة. واقترحت هذه الدراسات أن مدى التشابه داخل المجموعة الواحدة هو نتيجة لنمذجة أعضاء المجموعة للمعايير الإجتماعية للتقييم والاستجابة لأعراض الألم. بالإضافة إلى ذلك، فإن برامج التدخل التي اعتمدت على تقنيات النمذجة أظهرت فاعلية في تخفيف كرب المرضى نتيجة للإجراءات الطبية المؤلمة (Tan, Jensen, Thornby, Anderson, 2005).

ولقد اقترحت نتائج البحوث أن الديناميات العائلية والتأثير المبكر لنماذج الألم العائلية من الممكن أن تلعب دوراً في جعل الأطفال مهيئين لإظهار تكرارات أعلى للألم. ولقد اشار إدوارد ورفاقه Edwards, et al. (1985) إلى أن الاختلافات بين الأفراد في ردود الأفعال تجاه الألم ترجع إلى خبرات التعلم التي اكتسبت من خلال النمذجة. وتربط نظرية التعلم بين اكتساب ردود الأفعال السلوكية للألم وبين تكرار الشكاوى، إذ أن كلاهما يتأثر بتاريخ التعلم السابق للفرد وبعدد نماذج الألم في العائلة. فهناك اقتران قوي بين عدد نماذج الألم في عائلة الطفل وبين تقارير الألم الحالية. ولقد افترض إدوارد Edwards ثلاث آليات لشرح الطريقة التي من الممكن أن يؤثر تاريخ التعلم للطفل ونماذج الألم على تقارير الألم الحالية. أولاً: إن النمط المحدد للشكوى من الألم يمكن أن يكون كنتيجة للتعزيز المثُاب المكتسب الذي يحصل عليه الآخرون أي من خلال ملاحظة نماذج تحصل على مكاسب ثانوية نتيجة للشكاوى لديهم. وهذا النمط من السلوك المكتسب يمكن المحافظة عليه كطريقة للتكيّف مع الحوادث البينشخصية الضاغطة. وثانياً:- إن وجود الشكاوى الثابتة في العائلة يمكن ان يقود الشخص إلى الإعتقاد بأن الألم والصحة هي بالغالب خارجة عن سيطرة الإنسان وهذا العزو قد يساهم في وجود عادات صحية سيئة مثل تكرار الشكاوى والمطالب من الآخرين للتخفيف من الآمهم. ثالثاً: أن العنصر الوراثي لخبرة الألم مثل الإنخفاض في مستوى الطاقة وزيادة في استثارة الجهاز السمبثاوي هو ذات علاقة بزيادة الشكاوى وتكرار الألم.

وأكثر الدراسات ذات العلاقة المباشرة بتأثيرات النمذجة العائلية على سلوك الألم عند الأطفال، هي تلك التي قام بها تيركات Turkat (1982) ففي اول بحوثه في هذا المجال أشار تيركات إلى أن الأطفال الذين يعانون من السكري ولا يعاني والديهم من أمراض مزمنة بل يتسمان بأنماط انسحابية (الإنسحاب من المسؤوليات والنشاطات) عند المرض، يظهر أطفالهم عجزاً بمستويات عالية واستخداماً للمراكز الصحية بشكل متكرر. أما الأطفال الذين يعانون من السكري ولا يتسم والديهم بأنماط انسحابية عند المرض فلقد اظهروا مستويات قليلة جداً من العجز.

وفي الدراسة الحالية تم الأخذ بعامل النمذجة العائلية وذلك من خلال دراسة متغير الأعراض والعجز عند الأمهات ودراسة أثره المباشر وغير المباشر على سلوك الألم عند الأطفال من خلال تأثيره على العوامل الوسيطة وهي التقييم والتعامل.

د) التعزيز الإيجابي (استجابة الأمهات لسلوك الألم عند الأطفال)

إن استجابات الوالدين للأعراض الجسدية لأطفالهم يؤثر بشكل كبير في سلوك الألم عند هؤلاء الأطفال. يعتبر التعزيز الإيجابي والسلبي والعقاب،من أهم المحددات لتكرار سلوك الألم أو محوه.ولقد صنف الباحثون هذه الاستجابات إلى استجابات رعوية(اهتمام)واستجابات تشتيت–انتباه واستجابات تقليل. تتضمن الاستجابات الرعوية الاستفسار عن الأعراض أو التعبير عن الاهتمام بالأعراض وعدم الراحة، وأيضاً الجهود الموجهة نحو عدم التشجيع للنشاط الجسدي (Walker, Levy, Whitehead, 2006). ولقد شغلت الاستجابات الرعوية (Solicitous) اهتمام معظم الباحثين في هذا المجال إذ ارتبطت مع ارتفاع في مستويات العجز عند الأفراد الذين يعانون من الآم متكررة ومزمنة واعتبرت هذه الاستجابات هي المسؤولة أصلاً عن الاستمرار والمحافظة على السلوك المرضي وسلوك الألم (Walker, Claar, Garber, 2002).

ويذكر الكثير من الباحثين أن شدة الألم ترتبط بالإستجابة الرعوية، ويؤكدون أن هناك تفاعلات مهمة بين السلوكات الرعوية من قبل الوالدين وبين القلق والاكتئاب عند الأطفال

المتألمين، ونتائج هذه التفاعلات تؤثر بشكل كبير على نمو الطفل على جميع الأصعدة الاجتماعية والإنفعالية والأكاديمية، ولكن تظل خصائص نفسية أخرى في الشخصية مثل تقدير الذات وقيمة الذات تتدخل في المدى الذي سوف تؤثر به هذه الاستجابات الرعوية على استمرار سلوك الألم (Reid, et al., 2005; Huguet, et al., 2008) .

أما استجابات التشتيت فيتم التعبير عنها عن طريق الجهود التي يبذلها الآخرون المهمون في حياة الطفل لإعادة توجيه الانتباه نحو مواضيع أخرى غير الأعراض. أما بالنسبة لإستجابات التقليل فيتم التعبير عنها عن طريق عقاب الطفل عند إظهاره أي إشارة للكرب أو الألم وتتضمن التوبيخ و النقد وسحب المعززات. (Vanslyke & Walker,2006)

في مجال طب الأطفال، أشارت دراسة ووكر ورفاقها (Walker, et al. (1993 اهتماماً واسعاً في مجال تطور سلوك الألم في الطفولة، إذ أجرت دراستها على عينة كبيرة من الأطفال المراجعين لعيادة طب الأطفال في جامعة فاندربلت Vanderbiltقسم المعدة والأمعاء، وتم الاستفسار عن طبيعة التفاعلات مع الوالدين خلال حدوث أوجاع المعدة والأمعاء المتكررة ومن ثم تم مقارنتها مع أطفال أصحاء وأطفال يعانون من اضطرابات نفسية. ولقد تبين أن الأطفال الذين يعانون من الآم بطن متكررة تميزت استجابات والديهم بالإعفاء من المهام والمسؤوليات وإعطاء امتيازات خاصة بسبب الآلام. لاحقاً، أشار كل من بولسين والتمير (Paulsen & Altmaier (1995إلى أن الاهتمام والرعاية الخاصة التي تمنح لشريك الحياة الذي يعاني من الآم مزمنة يساهم بالمحافظة على سلوك الألم عنده كما يساهم بتسجيل نسب عالية من خبرة الألم المدرك.

أما أكثر الدراسات التي لفتت النظر، فقد كانت تلك التي أجراها رومانو وفريدمان وهوبس وتيرنير وجنسن ورايت Romano, Friedman, Hops, Turner, Jensen & (1992) Wright حيث تم تصوير ٥٠ مريضاً وزوجاتهم بالفيديو والذين يعانون من الآم مزمنة وتمت مقارنتهم مع ٣٣ زوجاً أصحاء وذلك خلال تعاونهم في إتمام بعض المهام المنزلية، وأظهر التصوير أن سلوكات الألم المسجلة مثل العرج، القيود في الحركة، والجمل اللفظية عن الآلم والتي شوهدت خلال النشاطات من قبل المرضى استجّرت سلوكات اهتمام من

قبل زوجاتهم. بينما لم تستجر سلوكات الألم المسجلة من قبل المجموعة الضابطة نفس الاستجابات من قبل الزوجات. هذا وأظهر المرضى المتألمون مزيداً من سلوكات الألم بعد تلقيهم استجابات رعوية من قبل الزوجات. اقترحت هذه النتائج أن الاستجابات الرعوية من الآخرين المهمين تعمل كمعززات قوية وكإشارات تمييزيه لسلوكات الألم عند فئة الأفراد الذين يعانون من الآم مزمنة.

من جانب أخر أشار ليفي ورفاقه Levy et al. (2006) إلى أن الوضع الصحي للأهل والمتمثل بوجود شكاوي جسدية متعددة مثل متلازمة القولون المتهيج بالإضافة إلى الاستجابات الرعوية ارتبط بشكل وثيق بشكاوى الأطفال الجسدية والمحافظة على سلوك الألم. كما أكدت فان سلايك ووكر Vanslyke & Walker (2006) إن استجابات الأمهات لسلوك أطفالهن المرضي هي من العوامل المحددة للمحافظة على هذا السلوك، وأوصت بتطوير استبيان موسع ليشمل تصنيفات أكثر من التصنيفات سابقة الذكر وذلك للتعرف على أفضل الطرق للوقاية من هذا السلوك.

وفي الدراسات الحديثة لسلوك الألم، تم التركيز على العلاقات البينشخصية إذ ينظر إلى الألم كطلب للمساعدة، ولقد اشار جوبيرت ورفاقه Goubert, et al (2006) إلى أن الراشدين لا يضخمون ويبالغون في ألامهم فحسب إنما أيضاً في الآم أزواجهم. وهذا الميل نحو الكارثية المرتبط بالألم يرتبط إيجابياً بإدراك الشريك للرعاية ويؤدي إلى إرتفاع مستوى العجز عند الشركاء المتألمين. وعند دراسة العجز الناتج عن تكرار الألم عند الأطفال، أكد جوبيرت ورفاقه Goubert, et al. على انه يجب أن يتم ضمن السياق الاجتماعي، فالألم والعجز يجب أن يفهما ضمن دور العوامل الوالدية، إذ أن التعرف على المدى الذي يقيّم فيه الوالدان ألم الطفل على انه كارثي وعلاقة هذا التقييم باستجابة الوالدين لهذا الألم، يؤثر على تطور سلوك الألم عند الأطفال خاصةً وإن التأثيرات الوالدية على سلوك الألم عند الأطفال أهم من تأثير الشركاء على سلوك الألم عند الراشدين. ويضيف جوبيرت ورفاقه Goubert, et al. أن الميل لتفسير الأمور بطريقة كارثيه من قبل الأهل لا يؤثر فقط على سلوك الأطفال المرضي إنما على سلوك الأطفال بشكل عام وعلى صحة الأهل والأطفال النفسية على السواء.

وبالرغم من أن التكيّف مع الآلام طويلة المدى، المتكررة والمزمنة هي عملية شخصية إلا أن عناصر هذه العملية والمتمثلة في التقييمات ذات العلاقة بالألم واستراتيجيات التعامل والنتائج الصحية هي عرضة لأن تتأثر وبشكل كبير بتأثيرات الأمهات. ومن بين هذه التأثيرات السلوك المرضي للأمهات الذي يتجلى بوضوح عن طريق تكرار ظهور الأعراض الجسدية عند الأمهات ومدى العجز الذي تظهره الأمهات وطريقة تعاملهن مع هذه الأعراض الجسدية، إضافة للطريقة التي تقيّم فيها الأمهات أعراض أطفالهن (الاعتقادات الأولية والثانوية) وكذلك الطريقة التي تستجيب فيها الأمهات لمرض أطفالهن مما يؤثر بشكل كبير على تكرار سلوك الألم عند الأطفال.

والحقيقة أن الأسئلة المهمة والمفصلية تكمن في الطريقة التي تؤثر بها العوامل الوالدية على تقييمات الأطفال لنوبات ألمهم واختيار استراتيجيات المواجهة أو التوجه التي تأخذه جهود التعامل عند هؤلاء الأطفال.

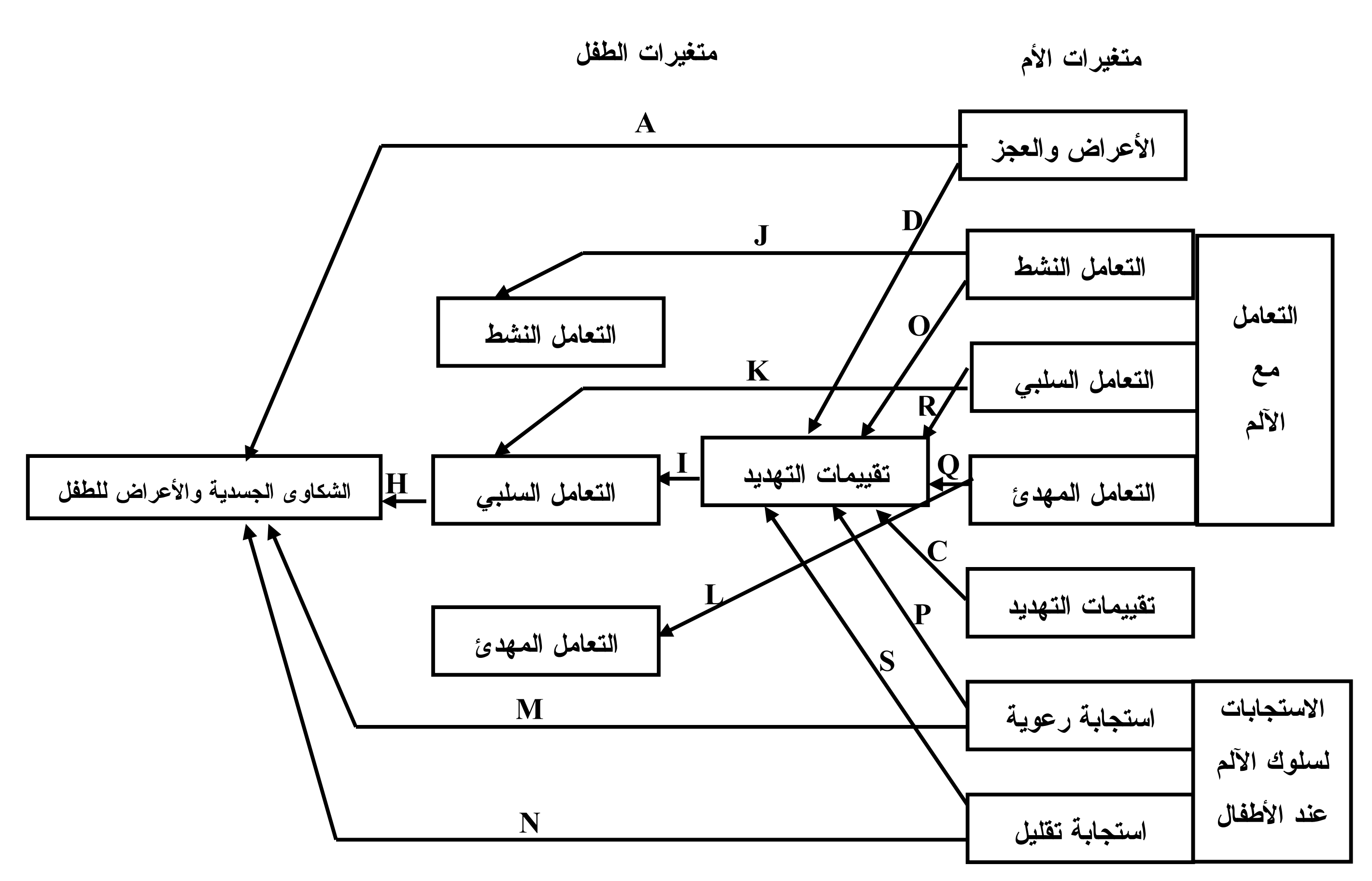
وبناءً على ما تم شرحه سابقاً في نموذج لازاروس للضغط والتعامل، فإن شعور الأطفال بالتهديد نتيجة لتعرضهم لنوبة الألم، واعتقاد الطفل أن ليس لديه قدرة على ضبط الألم، وتوقع الأسوأ يساهم بشكل كبير في اختيار الطفل لإستراتيجية التعامل سواء أكانت مهدئة أم سلبية أم نشطة. وهذه الاستراتيجيات هي التي تحدد النتائج الكلية والمتمثلة بتكرار ظهور الأعراض والشكوى منها أي تكرار سلوك الألم.

مشكلة الدراسة:

تتحدد مشكلة الدراسة في اختبار نموذج مقترح لتأثيرات الأمهات في سلوك الألم عند الأطفال من عمر (٩-١٢) في مدارس عمان الخاصة. ويتضمن هذا النموذج أربعة متغيرات تتعلق بالأم وهي الأعراض والعجز عند الأم وطريقة الأم في التعامل مع الألم وتقييمات الأم لألم طفلها وأيضاً طريقة الأم في الاستجابة لسلوك الألم عند الطفل، وأثر هذه المتغيرات المباشر وغير المباشر في تكرار الشكاوى والأعراض عند الطفل كما يتضمن النموذج تقييمات التهديد الذي يشكله الألم على الطفل واستراتيجية التعامل مع الألم عند الطفل وأثر ذلك في

تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية لديه. ولقد تم وصف النموذج المقترح سابقاً في الشكل (١).

يصف الشكل (٣) النموذج التفصيلي لتأثيرات الأمهات إذ يشمل بالإضافة لمتغيرات الأعراض والعجز وتقييمات التهديد استراتيجيات التعامل عند الأم وهي: التعامل النشط والتعامل السلبي والتعامل المهدئ كما يتضمن أنماط استجابات الأمهات لسلوك الألم عند الطفل وهي: الاستجابات الرعوية واستجابات التقليل بالإضافة إلى ذلك يتضمن استراتيجيات التعامل عند الطفل وهي: التعامل النشط والتعامل السلبي والتعامل المهدئ.



شكل ٣. النموذج التفصيلي لتأثيرات الأمهات على سلوك الألم عند الأطفال والنتائج الصحية (الشكاوى والأعراض الجسدية)

أهداف الدراسة وأسئلتها:

هدفت هذه الدراسة إلى فحص نموذج مقترح للمتغيرات المرتبطة بالأم: وهي الأعراض والعجز واستراتيجيات التعامل واستجابة الأم لسلوك الألم عند الطفل وتقييمات التهديد لنوبة ألم الطفل، وأثرها المباشر وغير المباشر في التنبؤ بسلوك الألم وتكرار الأعراض والشكاوى الجسدية كأحد أهم النتائج الصحية لهذا السلوك، إذ أهتمت بفحص أثر هذه المتغيرات على عمليتي التقييم والتعامل باعتبارهما متغيران وسيطين عند الطفل. وذلك في محاولة أولية لتفسير العلاقة بين هذه المتغيرات وسلوك الألم (تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية) عند الأطفال.

وبناءً على ما تقدم، فإن الدراسة الحالية تسعى للإجابة على الأسئلة التالية:

١. ما العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة السبعة؟ (الاعراض و العجز عند الامهات، طريقة تعامل الامهات مع الالم، وتقييمات الامهات لنوبة الم الطفل، واستجابات الامهات لسلوك الالم عند الطفل، واسلوب تعامل الطفل مع الالم، وتقييم الطفل لنوبة الألم، وتكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل.
٢. ما الأثر المباشر للمتغيرات المتعلقة بالأم وهي الأعراض والعجز والاستجابات لسلوك الألم عند الطفل (رعوية – تقليل) في تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية من الأعراض؟ (المسارات A, M, N).
٣. ما الأثر المباشر للمتغيرات المرتبطة بالأم،الأعراض والعجز والتعامل مع الألم بأنواعه الثلاثة وتقييمات التهديد والاستجابات لسلوك الألم (رعوية – تقليل) عند الطفل في تقييمات التهديد عند الطفل كمتغير وسيط في أسلوب التعامل مع الألم عند الطفل؟ (المسارات C, D, O, P,Q, R,S).
٤. ما الأثر المباشر لمتغير التعامل بأنواعه الثلاثة النشط والسلبي والمهدئ في أسلوب التعامل عند الطفل وبأنواعه الثلاثة أيضاً النشط والسلبي والمهدئ المسارات (J, K,L).
٥. ما الأثر المباشر لتعامل الطفل مع الألم في تكرار الشكاوى والأعراض؟ (المسار H).

٦. ما الأثر المباشر لتقييمات التهديد عند الطفل في أسلوب تعامل الطفل مع الألم؟ (المسار I).

أهمية الدراسة:

تنبثق أهمية هذه الدراسة بناء على ما تم ذكره في الأدب التربوي من شح المعلومات -حسب علم الباحثه- حول الدراسات الخاصة بالمفاهيم النظرية المتعلقة بالضغط والتعامل مع سلوك الألم عند الأطفال.

وبالتالي فإن دراسة عناصر النموذج النظري لتأثيرات الأمهات في سلوك الألم عند الأطفال تبدو في غاية الأهمية، إذ ستساعد في تعميق المعرفة في مجال الآلام المتكررة المزمنة عند الأطفال وطرق التعامل المناسبة مع هذه الآلام، وبالتالي مساعدة هؤلاء الأطفال في التخفيف من مصادر الضغط لديهم. ويقصد هنا "الألم". إذ يؤكد العلماء أن نوعية الحياة لهذه الفئة تعد الأفقر من حيث الوظائفية النفسية (Psychological Functioning) والوظائف اليومية على الصعيدين الأكاديمي والاجتماعي (Perquin, Hazebroek–Kampschreur& Hunfled, 2000, Mulvaney, et al.,2006) . بالإضافة إلى تخفيف العبء عن الوالدين. إذ أن مستويات الضغط في العائلة ترتفع وبشكل ملموس نتيجة للسلوك المرضي وسلوك الألم وبالتحديد الذي يظهره الأطفال (Venepalli, et al., 2006; Gulhati & Minty , 1998) وتؤكد الدراسات أن مشاعر الغضب والإحباط وفقدان الأمل هي السائدة عند العائلات المتألمه ويرافقها زيادة في الحماية الوالدية، وبالتالي يواجه الوالدين الضغوط المتعلقة بفقدان الوقت الخاص مع القيود على مستوى نشاطاتهم، وفي العادة يرافق ذلك اعتمادية زائدة من قبل الأطفال على والديهم وهذا يعيقهم عن القيام بالمهام المترتبة على هذه المرحلة والمرحلة اللاحقة وهي الاستقلالية في مرحلة المراهقة (Hunfeld, et al., 2001).

يضاف إلى ذلك ما لتحديد عناصر النموذج من دور هام في تصميم البرامج العلاجية الإرشادية لهذه الفئة، بدلاً من الإجراءات الطبية غير المفيدة. وأيضاً في تأمين الوقاية من تطور السلوك المرضي. إذ يعتبر سلوك الألم نوعاً معيناً من السلوك المرضي وبالتالي الحد من

استمرار هذا السلوك لفترات طويلة. وتزداد قيمة الدراسة الحالية مع الإدلة الواردة في أدب الموضوع عن إن نشوء وتطور سلوك الألم هو بمثابة مرحلة سابقة لحدوث اضطرابات الجسدنة لاحقاً، كما تتكشف خطورة ذلك عند معرفتنا بإن ٦٠% من الراشدين الذين يراجعون العيادات وبشكل متكرر سبق وأن عانوا في طفولتهم من السلوك المرضي وسلوك الألم(Mulveney, et al., 2006).

كما تأتي أهمية هذه الدراسة أيضاً من كونها تسلط الضوء على عمليتي التقييم والتعامل عند الأطفال وأثر هاتين العمليتين الهامتين ليس فقط على التكيّف مع الألم إنما على التكيف بشكل عام مع الضغوط كافة، إذ أن تعليم الأطفال مهارات التعامل في موقف ضاغط معين يساعده على امتلاك هذه المهارات في مجالات أخرى وبالتالي تتحسن نظرته وتقييمه لذاته، والذي من المؤمل أن يؤثر على مستويات القلق والاكتئاب إذ كما ذكرنا يرتبط سلوك الألم والسلوك المرضي مع القلق والاكتئاب وتدني في مستوى القدرات الاجتماعية.

وإذا أخذ في عين الاعتبار نسب انتشار السلوك المرضي وسلوك الألم والمتمثل بسلوك تكرار الشكاوى عند الأطفال، والمذكور في الدراسات الغربية البالغة ٢٥- ٣٣%، والارتباط بين هذه الشكاوى والأمراض النفسية وتدني القدرات التحصيلية والاجتماعية، وأثر ذلك على نمو الطفل المعرفي والاجتماعي والانفعالي وتكيّفه في هذه المرحلة العمرية الهامة والتي تعتبر لبنة أساسية في تشكيل شخصية الفرد اللاحقة حتى في فترة متأخرة من حياته، لأصبح واضحاً في الأذهان المصدر الذي اكتسبت هذه الدراسة منه أهميتها.

لقد تم التعرف مبدئياً وبصورة مبسطه على مدى نسب انتشار الأعراض والشكاوى الجسدية بين الاطفال في الاردن. ومن ثم التعرف على مدى مساهمة الامهات في تطوير سلوك الألم. من المؤمل بأن يؤدي ذلك إلى توعية الأمهات بأثر سلوكهن على صحة أطفالهن النفسية وعلى تعليم أطفالهن المهارت اللازمة للتكيف مع ضغوطات الحياة ومنها تعرضهم للألم والمرض والإجراءات الطبية، وبالتالي تخفيف المعاناة الناتجة عن تكرار الأعراض والشكاوى عند هؤلاء الاطفال وتحسين قدراتهم التعاملية التي بدورها ستؤثر على أدائهم الأكاديمي واشتراكهم بالنشاطات والذي بدوره يؤثر على مستوى مفهوم الذات لديهم.

التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

سلوك الألم: إدراكات الأفراد وتقييماتهم واستجاباتهم لأعراض الألم ويعرف إجرائياً في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على قائمة اضطراب الجسدنة للأطفال.

الأعراض والعجز عند الأمهات: مجموعة من الأعراض الجسدية تتضمن معظم مناطق الجسم: الرأس والمفاصل والعضلات والحواس وجهاز المعدة والأمعاء والجهاز البولي والجهاز التناسلي والحنجرة والحلق، كما تتضمن أعراض فقدان الذاكرة والتشنجات والدوخة والغثيان وأثر هذه الأعراض على التغيرات الحاصلة في السلوك الانفعالي والتفاعلات الاجتماعية والسلوك المتعلق بأوقات الفراغ والسلوك المتعلق بإدارة المنزل. ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص على الدرجة الكلية لقائمة الاضطرابات الجسدية للراشدين وقائمة تأثير صورة المرض.

التعامل مع الألم: الجهود السلوكية والمعرفية التي تهدف إلى إدارة الإحساسات والمشاعر وأعراض الألم وله ثلاثة أبعاد: التعامل السلبي والتعامل النشط والتعامل المهدئ المساعد ويعرف التكيّف إجرائياً بمجموع الدرجات الفرعية التي يحصل عليها المفحوص من الأبعاد الفرعية لقائمة الاستجابة للألم.

تقييمات التهديد: الطريقة التي يقيّم ويقدر فيها الفرد الألم. ولها بعدان:

البعد الأول هو **التقييم الأولي** وهو حكم الشخص على الأذى المحتمل من الألم أي التنبؤ بالمرض والوقت المتوقع لاستمرار الألم أي (الشدة والتكرار) ويُعرف التقييم الأولي إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة الفرعية التي يحصل عليها المفحوص من خلال الإجابة على عشرين فقرة من قائمة اعتقادات الألم التي تقيس هذا التقييم.

أما البعد الثاني فهو **التقييم الثانوي:** وهو اعتقادات الفرد وقدرته على التخفيف من أعراض الألم والتحكم بآثاره على القضايا الشخصية. ويُعرف إجرائياً بالدرجة الفرعية التي يحصل عليها المفحوص من خلال الإجابة على (١٢) فقرة من قائمة اعتقادات الألم التي تقيس

هذا التقييم وتشكل هذه الفقرات بعدين فرعيين: التكيّف المتجه نحـــو المـــشكلة والتكيّـــف المتجـــه نحـــو الانفعال.

الاستجابات لسلوك الألم عند الأطفـــال: مجموعـــة مـــن الـــسلوكات التـــي تظهرهـــا الأم فـــي خلال الاستجابة لنوبة ألم الطفل وتتضمن استجابات رعويـــة واســـتجابات ســـلبية واســـتجابات تـــشتت انتباه وتعّرف إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجات الفرعيـــة الـــثلاث التـــي يحـــصل عليهـــا المفحـــوص على أبعاد استبيان الاستجابات لسلوك الألم عند الأطفال.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

لا تخلو مقدمة أي دراسة تتعلق بالألم أو تكرار الشكاوى الجسدية أو سلوك الألم عند الأطفال والمتغيرات المرتبطة بنشوء الأعراض أو تطورها من ذكر نسب انتشار عرض من هذه الأعراض. بيد أن الدراسات المسحية الشاملة التي أجريت لتقدير نسبها سواءً أكانت مجتمعه أم منفردة فهي قليلة.

وفيما يلي عرض لأهم الدراسات المتعلقة بنسب الانتشار:

من أهم الدراسات هي تلك التي أجراها بترسون ورفاقه (Petersen, et al.(2003 إذ كان الهدف الذي سعت إليه دراستهم هو التحقق من مجمل نسب الأعراض مجتمعة ومنفصلة. وقد شملت عينة الدراسة ١١٢٥ طفلاً تراوحت أعمارهم بين ٦-١٣ عاماً. طبق عليهم استبانة للتعرف على شدة ومدة تكرار كل من الأعراض التالية: آلام البطن والمعدة وآلام الرأس وآلام الظهر كما استعان الأطفال الصغار بوالديهم لتعبئة هذه الاستبانة حيث تبين من النتائج أن ثلثي الأطفال أشاروا إلى وجود آلام بنسبة مرة واحدة في الشهر وثلث الأطفال أشاروا إلى وجود أعراض ألم بنسبة مرة في الأسبوع كما أشار ٦% من الأطفال إلى وجود أعراض ألم كل يوم. ذكر ٥٠% من الأطفال الذين لديهم أعراض آلام متكررة أن أعراض الألم تحدث في مناطق متعددة وتزداد مع العمر. أما بالنسبة للأطفال الذين تتكرر لديهم الأعراض كل اسبوع، فلقد أشار اثنان من كل ثلاثة أن لديهم أكثر من عرض في آن واحد. وفي المحصلة، أشارت هذه الدراسة إلى أن أعداداً كبيرة من أطفال المدارس يعانون من أعراض متعددة متكررة وقد يحدث أكثر من عرض في نفس الوقت، وهذا يتطلب تدخلات وقائية طارئة وبرامج علاجية للحد من تكرار الأعراض والآلام خاصة وأن مظاهر هذه الأعراض قد تكون مقدمة لحدوث اضطراب الألم.

وقديماً قدم آبلي (Apley (1975 أهم دراساته عن آلام البطن التي نشرت في كتابه الطفل الذي لديه آلام بطن متكررة The Child with Recurrent Abdominal Pain وأكد أن ١٠ -١٥% من أطفال المدارس يعانون من هذه الآلام. ثم جاءت دراسة اوستر (Oster(1972 لتعطي دعماً إضافياً لما

ذكره آبلي في ذلك الوقت. وبعد ذلك، توالت الدراسات التي هدفت إلى تحديد نسب انتشار الآلام بشكل عام وكانت أهمها المراجعة التي قام بها جودمان ورفاقه Goodman, et al. (1997) ودراسة كريستجندزدتور Kristjansdottir(2000) ودراسة بريكون ورفاقه Perquin, et al. (2000) وجميع هذه الدراسات توصلت إلى نتائج مفادها أن ٢٠ – ٢٥% من أطفال المدارس يعانون من آلام متعددة ومتكررة.

وفي وقت لاحق، خرج بترسون ورفاقه Petersen, et al. (2006) بنتائج تختلف بعض الشيء عما سبق ذكره، وتتشابه إلى حد ما مع ما توصل إليه بترسون ورفاقه في دراستهم عام ٢٠٠٣ إذ أشاروا الى أن ٤٨% من الأطفال وبعمر ٦ –١٣ عام يعانون من صداع مرة واحدة في الشهر على الأقل و ٣٩% من الأطفال يعانون من آلام في البطن و ١٨% يعانون أيضاً من آلام في الظهر مرة كل شهر على أقل تقدير. وعندما تم تقدير نسب انتشار الآلام التي تتكرر مرة كل أسبوع كانت كالتالي: ٢٣% آلام في الرأس و ١٩% آلام في البطن و ٧% آلام في الظهر.

ويتضح من الدراستين اللتين قام بهما بترسون ورفاقه أن نسب التكرار أعلى مما كانت عليه سابقاً، ويبدو أن هناك عوامل كثيرة مستجدة تساهم في ازدياد حدوث هذه الآلام.

وفيما يلي عرض لأبرز ما توصلت إليه الدراسات كل في مجالها مما له صلة بالنموذج الذي نحن بصدد دراسته والذي يعتقد الباحثون أن عوامل هذا النموذج هي التي تساهم في تطوير الأعراض والشكاوى الجسدية وسلوك الألم عند الأطفال والمحافظة عليها.

أولاً: الدراسات المتعلقة بتأثيرات الأمهات وهي:

أ- الأنماط العائلية للألم (النمذجة العائلية).
ب-استجابات الأمهات لسلوك الألم عند الأطفال.
ج- تقييم الأمهات لآلام أطفالهن.
د- التقييم والتعامل مع الأعراض الجسدية عند الراشدين.

ثانياً: الدراسات المتعلقة بالطفل وهي:

أ. أنماط التقييم والتعامل وعلاقتهما بتكرار الألم عند الطفل.

ب. علاقة الالام ببعض المتغيرات عند الطفل وتشمل: تقدير الذات، مستوى النشاطات، والعوامل النفس اجتماعية.

الدراسات المتعلقة بتأثيرات الأمهات

أ) الدراسات المتعلقة بالأنماط العائلية للألم (النمذجة العائلية)

يكاد أن يكون هناك اتفاق عام بين الباحثين على أثر التنشئة الوالدية والتعزيز الوالدي للسلوك المرضي عند الأطفال، وذلك نتيجة للتعرض الدائم لنمط الوالدين في التعامل مع تحديات الحياة، من أهمها التعامل مع خبرات الألم. فالطفل يتعرض بشكل مستمر إلى نموذج هام بالنسبة له وهي الأم إذ تعتبر طريقة الأم بالتعامل مع مرضها الخاص بها ومع مرض طفلها المعيار الأساسي بالنسبة للطفل الذي يحدد مدى أهمية وخطورة ما تتعرض له والدته من آلام وأوجاع وبالتالي ما يتعرض له هو شخصياً من هذه الآلام.

ومن أوائل الباحثين المهتمين بدراسة النماذج العائلية للآلم أدواردز ورفاقه Edwards, et al. (1985)، إذ قاموا بدراسة العلاقة بين تاريخ العائلة في الألم وأثره على تكرار خبرة الألم الحالية عند أفراد هذه العائلة، وتعتبر هذه الدراسة الأولى في محاولة البحث عن أهمية النموذج العائلي وعمليات التعلم في أسباب نشوء السلوك المرضي. ولهذه الغاية، شملت عينة الدراسة (١٢٠) طالباً و (١٦٨) طالبة في الجامعة يعانون من نوبات ألمٍ متكررة. تم تعبئة استبانة لتحديد الألم واحتوت الاستبانة على أسئلة تتعلق بنوبات ألمهم وتغطي ١٠ أعراض منه مع خصائصه:_ منها المدة والشدة والتكرار كذلك، تم الاستفسار عن وجود آلام متكررة عند أفراد عائلاتهم (الأب، الأم، الأشقاء). اشارت النتائج إلى أن هناك علاقة إيجابية بين وجود نماذج للألم في العائلة وبين تكرار نوبات الألم عند عينة الدراسة وهذه النماذج أثرت على الأناث أكثر منها لدى الذكور.

من هنا، أنطلقت الدراسات وكانت معظمها موجه نحو طلبة الكليات والجامعات، ولاحقاً بدأ الاهتمام بمرحلة الطفولة والمراهقة. هدفت دراسة جولهاتي ومينتى (1998) Gulhati & Minty إلى التعرف على اتجاهات الوالدين الصحية وبالتحديد اعتقادات الأمهات نحو مرض أطفالهن سوءاً أكانت العضوية منها أم غير العضوية، كما تم التعرف على الوضع الصحي للوالدين. شملت عينة الدراسة مجموعتين من الأطفال، تكونت المجموعة الأولى من (٤٠) طفلاً يعانون من صداع ويراجعون دوماً عيادة طب أعصاب الأطفال أما المجموعة الثانيه، فقد تكونت من (٤٠) طفلاً أخرين ويراجعون نفس العيادة ويعانون أيضاً من أمراض لها أسباب عضوية واضحة أهمها الصرع. ركزت الدراسة على إدراكات الأمهات لوضعهن الصحي في الحاضر والماضي، وحوادث الحياة الضاغطة، والدعم الاجتماعي، والاعتقادات التي تحملها الأم بشأن وضعها ومصداقية المركز الصحي الذي تراجعه. وجدت الدراسة أن هناك فروقاً ذات دلالة بين المجموعتين، إذ تبين أن الأطفال الذين يعانون من الصداع تتكرر نوبات المرض عند أمهاتهم في الحاضر والماضي. كذلك أشارت هذه العائلات إلى تكرار وجود الأعراض بشكل كبير في خلال السنوات الثلاثة السابقة للدراسة. وعانت معظم أمهات الأطفال الذين يعانون من الصداع من فقدان أحد الوالدين ومن مشاعر العزلة وقلقهن المتزايد من التعرض لأمراض خطيرة، هذا بالإضافة إلى عدم اطمئنانهن ورضاهن عن الخدمات الطبية المقدمة في هذا المركز.

وبناءً على ما تم ذكره في العديد من الدراسات التي اشارت إلى أن الأفراد الذين يعانون من الآم متكررة وتحديداً الصداع يمارسون حياة ذات نوعية سيئة حتى بين نوبات الألم، ويتأثر باقي أفراد العائلة بالآمهم، أجرى فاجن (2005) Fagan دراسة على ٢٥ أماً يعانين من صداع متكرر شديد للتعرف على مستويات العجز الموجودة لديهن والمرتبطة بهذه النوبات، وبنوع الرعاية التي تقدمها الأمهات لأطفالهن وأتجاهاتهن نحو الدور الوالدي. كشفت هذه الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين عجز الأمهات الناتج عن الصداع والتوقعات غير المناسبة منها أتجاه أطفالهن. من هنا، جاءت الدراسة لتقترح أن الصداع النصفي يرتبط مع نماذج والديه غير وظيفية وبالتالي فأن أطفال هؤلاء الأمهات معرضون بشكل كبير لمخاطر تبادل الأدوار وأخذ المسؤولية المبكرة في أوقات هم غير جاهزين نمائياً لها.

وهذا يؤكد نتائج المراجعة التي قام بها تيرك وردوي وسالوفي Turk, Rudy, Salovey (1985) المتعلقة بأثر الألم الذي يعاني منه أحد الوالدين على وظائفية الأسرة بأكملها، وعلى إدراكات

الأطفال لأعراض الألم وطريقة تفسيرهم لأعراض والديهم وأعراضهم، وبالتالي تبني الدور المرضى والسلوك المرضي.

وحذر فاجن (2005) Fagan في توصياته التي خرج بها من هذه الدراسة، أن عدم جاهزية الأطفال لهذه الإدوار، نظراً لمحدودية قدراتهم المعرفية والجسمية، قد يؤثر على إدراكاتهم لأنفسهم وتقييماتهم لذواتهم. وهذا الفشل المتكرر في تأديه دور الكبار يؤدي بالطفل إلى مشاعر عدم القيمة وبالتالي قد يعمل على تهيئة الطفل لتبني السلوك المرضي عند إحساسه بأي أعراض جسدية وذلك للهروب من مسؤوليات غير مرغوبة لديه.

وللتأكد من الدور الهام الذي يلعبه تكرار الشكاوى الجسدية الوالديه في أعراض الأطفال وبالتالي تأكيد الافتراض القائل بأن الشكاوى الجسدية تنتقل داخل العائلة (It runs in the family)، قام ليفي ورفاقه (Levy, et al. (2004 بدراسة شملت ٢٠٨ أماً تعانين من متلازمة القولون المتهيج وأطفالهن البالغ عددهم ٢٩٦ طفلاً وطفلة، تراوحت أعمارهم بين (٩- ١٢) سنة. تمت مقارنتهم مع (٢٤١) أما لا تعانين من هذه المتلازمة وأطفالهن البالغ عددهم (٣٢٥) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (٨-١٢). أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن أطفال الأمهات اللواتي يعانين من هذه المتلازمة لديهم مستويات أعلى من آلام البطن المتكررة وآلام أخرى ليست لها علاقة بالمعدة والأمعاء من أطفال العينة الضابطة، كما يتغيبون عن المدرسة بنسب أعلى، ويزورون طبيب المدرسة بشكل متكرر. كما تبين أن الأطفال الذين تستجيب أمهاتهم لآلامهم بطرق رعوية تكون نوبات ألمهم أشد وأكثر تكراراً.

لقد قدمت هذه الدراسة دعماً إضافياً للمراجعة التي قدمها تيرك ورفاقه .Turk, et al (1987)عن النماذج العائلية للألم ودراسة جولهاتي ومينتي (1998) Gulhati & Minty التي تؤكد على الدور الذي تلعبه تكرار الشكاوى الجسدية عند الأم في تطويرها وتكرارها عند الأطفال. وفي هذا إشارة إلى دور النمذجة والتعزيز الذي تقدمه الأم في تطوير السلوك المرضي عند الطفل.

وفي دراسة فينابلي ورفاقه (2006) .Venepalli, et al التي تم فيها استعراض ثلاث مجموعات من الأطفال، الأولى: تعاني من آلام بطن متكررة وتراجع المراكز الصحية باستمرار وعددها ٤٠ طفلاً، والثانية: تعاني من الآلام بطن متكررة ولا تراجع المراكز الصحية وعددها (٤١) طفلاً والثالثة: مكونه من (٢٦) طفلاً معافىً. تناولت هذه الدراسة في المقارنة عدة متغيرات ترتبط مع وجود السلوك المرضي

عند الطفل وهي: الأعراض النفسية والتكيّف وتقدير الذات، كما تناولت متغيرات مرتبطة بتكرار الآلام الجسدية للأم وهي: اضطراب التبدين وبالتحديد شدة أعراض متلازمة القولون ومخاوف الأم بشأن أعراض أطفالها والكرب النفسي واستجابة الأم لسلوك اطفالها المرضى. أشارت النتائج إلى أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين مجموعتي الأطفال الذين يعانون من آلام متكررة ومجموعة الأطفال الأصحاء من حيث القلق وتقدير الذات والمشكلات السلوكية واستعمال استراتيجيات التعامل التكيّفية ومدى تكرار الشكاوى الجسدية لدى الأم. وهذا يتفق تماماً مع دراسات أجريت من قبل ووكر ورفاقها في الأعوام (١٩٨٧، ١٩٨٩، ١٩٩١، ١٩٩٤، ١٩٩٨). كما أتفقت مع مراجعة أدواردز ورفاقه Edwards, et al. (1985) المتعلقة بتأثير عوامل النمذجة، إذ كان هناك فروق دالة إحصائياً على مستوى تكرار الشكاوى الجسدية عند الأم بين مجموعتي الأطفال الذين يعانون من آلام متكررة ومجموعة الأطفال الأصحاء.

أما بالنسبة لأستجابة الأمهات لسلوك أطفالهن المرضي، فلم تتفق هذه مع الدراسات السابقة إذ لم ترتبط الاستجابة الرعوية مع تكرار الشكاوي وتكرار سلوك الألم. بالمقابل اضافت هذه الدراسة بعداً جديداً يؤثر على غياب الطفل عن المدرسة وتقييد نشاطاته ومراجعة المراكز الصحية باستمرار وهو متغير أنزعاج الأم وقلقها من أعراض طفلها. إذ سجلت الأمهات في مجموعة الأطفال الذين يعانون من آلام متكرره ويراجعون المراكز الصحية أعلى النسب على هذا المتغير. وفي هذا إشارة إلى أن متغير اعتقادات الأم بشأن الأعراض هو عامل مفصلي ومهم.

ولأن تكرار الأعراض في العائلة قد يفسّر نتيجة للعوامل الوراثية وليس لعوامل النمذجة والتعزيز، قام محمد ورفاقه Mohammed, et al. (2005) بدراسة لتحديد مدى مساهمة العوامل الوراثية بتكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الأطفال الذين يعاني أحد والديهم من متلازمة القولون المتهيج. ولهذا الغرض، تمت دراسة (١٨٠) توأماً متماثلاً و (١٨١) توأماً غير متماثل تراوحت أعمارهم ما بين (١٣- ٥٤) سنة. أرسلت استبانات معيارية شاملة لتحديد وجود أعراض متلازمة القولون، وأسئلة أخرى تتعلق بالتدخين والكحول، والوزن، ونسب الدهن في الجسم. أشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة أنتشار متلازمة القولون عند التواءم المتماثلة كانت (١٦%) بينما كانت (١٧%) لدى التواءم غير المتماثلة. وهذه النتيجة تعطي دليلاً على أن العوامل الوراثية ليست هي المحدد الرئيس لتكرار الشكاوي الجسدية داخل العائلة، وأن للعوامل البيئة التأثير الأكبر.

وفي دراسة حديثة لمعرفة الفروق في الحساسية تجاه الألم وفيما إذا كان مردها للمساهمات الجينية أم البيئية، قام كل من نيلسون ورفاقه Neilsen, et al. (2007) بدراسة (٥٣) تؤأمـاً متمـاثلاً و (٣٩) توأماً غير متماثلٍ، إذ تم تعريضهم لضغط بارد مؤلم وآخر لضغط ساخنٍ لمعرفة التباين فـي حـساسيتهم تجاه الألم. أشارت النتائج إلى أن ٧% من الألم الناتج عن الضغط البارد و(٣%) من الألم النـاتج عـن الضغط الساخن يمكن أن يفسر لاختلاف العوامل الجينية. لذا، أوصى الباحثون القائمون على هذه الدراسة توخي الحذر في تعميم النتائج المتعلقة بمساهمة العوامل الجينية لأنها تختلف من نموذج ألم إلى آخر.

أما لوجين ورفاقه Logan, et al. (2006) فلقد حاولوا الكشف في دراستهم علـى المـراهقين الذين يعانون من آلام مزمنة عن نوع التفاعل بين الوالدين وأبنائهم المراهقين. تكونت عينتهم من (١١٢) مراهقاً تراوحت أعمارهم ما بين (١٣-١٨) سنة ويراجعون عيادة لإدارة الألم. حيث تم التعرف على مدة وشدة وتكرار الألم، وعلى مستوى العجز الوظيفي والكرب النفسي عند أفراد العينة. ومن خلال اسـتبانة مقدمة للأهل، تم الإستفسار عن نوع العلاقة بين الوالدين والمراهقين الذين يعـانون مـن الآم متكـرر. أشارت النتائج إلى أن العلاقة بين الوالدين والأبناء تتميز بالثقة والتقرب الانفعالي وتم وصفها بأنها علاقة قريبة متينة بطرق غير اعتيادية، إذ لا يوجد فيها أي ملامح للانفـصال ولا لتـشكيل الهويـة الخاصـة للمراهق، وتعبر عن اعتمادية كبيرة على الأهل. وتشير النتائج أيضاً إلى أنه كلما كان القـرب بالعلاقـة أقوى بين أفراد العينة ووالديهم، كلما زادت شدة الالآم وارتفع مستوى العجز عند أفراد العينة.

وفي هذه النتائج إشارة إلى تأثير الوالدين على الالآم المزمنة المتكررة عند أبنائهم، وأثر ذلك على تكوين شخصية المراهق. وبرأي القائمين على هذه الدراسة، فأن هذه النتائج تستحق المتابعة والاهتمام.

ولقد أشارت العديد من البحوث المتعلقة بمسار الالآم المتكررة عند الأطفال، أنه كلمـا ارتفعـت مستويات السلوك المرضي عند الأهل كلما كان ذلك منبئاً "لاستمرار الأعراض إلـى مراحـل المراهقـة والرشد. ومثال على ذلك، ذكرت ووكر ورفاقها Walker, et al. (1994) وربنسون والفيـريس ودودج Robinson, Alverez & Dodge (1990) ووكر وجيوت وديـوك وبرنـارد وجـرين Walker, Guite, Duke, Barnard & Greene (1998) أن الراشدين الذين يعانون من متلازمة القولون المتهيج وتؤثر أعراضهم على مستوى العجز عندهم، أشاروا في تقاريرهم الى أن غالبيتهم عانوا في طفولتهم من

آلام بطن متكررة لكن لم يتم التعرف على أسباب ارتفاع مستويات العجز لديهم، خاصة وأن ليس كل من يعاني من متلازمة القولون المتهيج ترتفع مستويات العجز لديه.

وفي سياق متصل، قام كل من ليفي ورفاقه Levy, et al. (2006) بدراسة هدفت إلـى معرفـة العلاقة بين قرار أخذ الطفل إلى عيادة طب الأطفال عندما يعاني من آلام بطن متكررة، وارتباط ذلك مع الكرب النفسي عند الأم شملت عينة الدراسة (٢٧٥) أماً و (٣٣٤) طفلاً يعانون من الآم بطـن متكـررة، حيث طلب من الأمهات تعبئة المقاييس التالية: القلق والاكتئاب واضطراب الجسدنه أو التبـدين وقائمـة بحواداث الحياة الضاغطة. كما طلب منهن تعبئة قائمة شطب السلوك عند الأطفال، وطلب من الأطفـال تعبئة استمارة تحدد مدة وشدة وتكرار نوبات آلام البطن وأخرى تبين اعتقادات الألم لـديهم. تبـين مـن النتائج أن الوضع النفسي للأم وشدة ألم الطفل هما المحددان الرئيسان اللذان يجعلان الأمهـات تـراجعن طبيب الأطفال بشأن أعراض أطفالهن وبشكل متكرر.

وفي هذا دعم واضح للأدلة الكثيرة التي تظهر بأن استخدام مراكز الرعايـة الـصحية وتكـرار زيارات الأطباء والوضع الصحي الكلي للطفل بما فيه تبني الدور ، والسلوك المرضي، لايمكن أن يفهـم أو يفسر بمعزل عن العوامل البيئة وبالتحديد استجابة الأم لأعراض أطفالها.

حديثاً، اهتم الباحثون بأنماط السلوك التي تتميز بصفة الفطنـة mindfulness واثرهـا علـى الصحة النفسية، إذ ينبئ هذا السلوك بالوظائف النفس جسدية والمعرفية والانفعالية، كمـا ويحـدد مـدى استعمال الفرد لمسكنات الألم. تمت دراسة ١٠٩ فرداً يراجعون عيادة طبية للتخلص من الآمهم المزمنـة وتطبيق بطاريه من المقاييس تتضمن مقياس الـوعي الانتبـاهي (Awareness Mindful Attention Scale). تبين من تحليل الارتباطات أن الفطنة ليس لها علاقة بمتغيرات العمر والجنس والتعليم وكـون الألم مزمناً. لكن هذا المفهوم ارتبط بشكل دال احصائياً بالمقاييس المتعددة لوظائف الفرد النفسية. وعنـد استعمال معادلة الإنحدار الخطي المتعدد وبعد ضبط متغيرات شدة الألم والمستوى الاقتـصادي وقبـول الألم، تبين أن الفطنة كان لها أثر إيجابي واضح على مستوى الاكتئاب والقلق، والعجز الجسدي والـنفس اجتماعي(McCracken, Gauntlett-Gilbert & Vowles, 2007).

ب.الدراسات المتعلقة باستجابات الأمهات لسلوك أطفالهن المرضي

منذ أن قدم فورديس Fordyce في عام (١٩٩٧) المشار إليه في(Thorn, 2004)، والذي يعتبر أبو العلاج الإجرائي للألم، الفكرة القائلة أن سلوكات الألم هي سلوكات إجرائية ويزداد تكرارها عندما يتلقى المتألم نتائج مرغوبة، أو يستطيع أن يتجنب نشاطات غير مرغوبة. توالت الدراسات المتعلقة باستجابة الأشخاص المهمين في حياة الفرد على تعزيز السلوك المرضي.

قام رومانوا ورفاقه Romano, et al. (1992) بدراسة أجريت على الراشدين لمعرفة تأثير التعزيز الاجتماعي الذي يقدمه الشركاء على سلوك الألم عند الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة. أستعملت هذه الدراسة الملاحظة المباشرة للتأكد من تأثير الاستجابات الرعوية والعدائية من قبل الشركاء على سلوكات الألم عند المرضى. شملت عينة الدراسة (٥٥) زوجاً يعاني أحدهم من آلام مزمنة متكررة و (٣٣) زوجاً كعينة ضابطة. تبين من النتائج أن السلوكات الرعوية من قبل الشريك كانت مهمة جداً من حيث قوتها التعزيزية كما اعتبرت مثيرات تميزية لسلوك الألم وبها تكون هذه الدراسة قد قدمت دعماً واضحاً لمفهوم سلوكات الألم الإجرائية.

وللتأكد من نتائج دراسة رومانوا قام بوليسن وآلتيمر Paulsen & Altmaier (1995) بدراسة أخرى لاحقة لفحص تأثير الدعم الاجتماعي المقدم من الشريك على تبني السلوك المرضي. واستخدما في هذه الدراسة الملاحظة المعيارية لتسجيل سلوكات الألم لـ (١١٠) مريضاً يعانون من آلام مزمنة. تمت الملاحظة بوجود شركائهم وبدون وجود الشركاء. كما تم تسجيل بيانات ديمغرافية متعلقة بالمريض مع وجود أسئلة تستفسر عن الدعم المقدم من الشريك. أشارت النتائج إلى أن سلوكات الألم تتباين كوظيفة لوجود الشريك ولمدى إدراك المريض للدعم الذي يقدمه هذا الشريك. فالمرضى الذين تلقوا دعماً فعلياً من شركائهم أظهروا مستويات أعلى من السلوكات المرضية، بغض النظر عن وجود الشريك، وهذا يتفق مع النظرية الإجرائية. وعندما تم استخدام مقياس الدعم المدرك، اختلفت مستويات السلوك المرضي، إذ تأثر السلوك المرضي بمستويات الدعم ووجود الشريك. وهذه النتائج اتفقت مع النماذج السلوكية المعرفية لتأثير الدعم الاجتماعي على النتائج الكلية.

أجرى كل من كرين ومارتن Grane & Martin (2002) دراسة هدفت إلى التحقق من الأثر التي تتركه خبرات الطفولة على تطوير السلوك المرضي في مرحلة الرشد. ولهذا الغرض، قاما بتوزيع

استبانة تتعلق بالاتجاهات الصحية والسلوكات المتعلقة بالصحة والمرض على عينة مكونة من (٧٠٠) طالبٍ جامعي، استجاب ٢٦٩ طالباً منهم وكذلك تضمنت الاستبانة مقياسين للقلق والاكتئاب ومقياس آخر لاضطراب التبدين للراشدين، واحتوت أيضاً على خمس مجموعات من الأسئلة تضمنت استفسارات عن مدى تعرضهم للآلام العضوية وغير العضوية في الطفولة، والكيفية التي استجاب بها والديهم تجاه أمراضهم. وأخيراً تم تطبيق مقياس الميل الاجتماعي أو المرغوبية الاجتماعية.

تبين من النتائج أن التعزيز الوالدي للسلوك المرضي في الطفولة كان له أثر واضح من حيث تأثير الأعراض على النشاطات اليومية في مرحلة الرشد، وذلك بعد الأخذ بعين الاعتبار، عدد الأعراض وشدتها ومستويات القلق والاكتئاب. أما بالنسبة للاعتقادات الصحية، فقد أظهرت الدراسة أن الزيادة في التعزيز الوالدي لسلوك الألم ارتبط مع نقصان الإدراك بقدرة الأفراد على مقاومة المرض، وبالتالي يفسرون أي أعراض بسيطة على أنها مهددة لصحتهم. ومن هنا، اقترح الباحثان أن أنماط السلوك المرضي يتم تعلمها في الطفولة ولها تأثير هام على طريقة استجابة الأفراد للأعراض والاعتقادات التي يحملها الفرد تجاه صحته في مرحلة الرشد.

أهتمت ووكر Walker في دراساتها العديدة والمتعلقة بالآم البطن المتكررة، وهو أحد أكثر الآلام شيوعاً بين الأطفال ومنذ عام (١٩٨٨)، بالعوامل النفسية والعائلية المرتبطة بهذه الآلام وركزت على دور حوادث الحياة الضاغطة والقلق والاكتئاب ووظائفية العائلة، بما فيها الصحة النفسية للوالدين وتكرار الشكاوى لديهم. واسست لهذا الغرض عيادة خاصة في جامعة فاندربليت Vanderbilt للاهتمام بهذه الفئة من الأطفال، وطورت فريق بحث خاص في محاولة منها لفهم هذه الظاهرة وعلاجها.

ولاحقاً وبعد أن تم إدخال المفاهيم الخاصة بالتعلم الاجتماعي والتعلم الإجرائي والعمليات المعرفية على تعلم السلوك المرضي وسلوك الألم، اتجهت في بحوثها نحو هذه القضايا الهامة. ومن هنا أنطلقت دراسة ووكر ورفاقها (Walker, et al. (2002. للتعرف على النواتج الاجتماعية لألم الأطفال، ومتى تؤثر هذه النواتج على استمرار الأعراض، أي هل تتوسط القدرات المدركة العلاقة بين استمرار الأعراض والتعزيز المتلقى من الأخرين؟ شملت عينة الدراسة (١٥١) مريضاً يراجعون عيادة طب الأطفال وتراوحت أعمارهم بين (٨–١٨) سنة ويعانون من الآم بطن متكرره. تم استخدام استبانة النواتج الاجتماعية للألم لتقييم أربعة أنواع من النواتج وهي: الانتباه الإيجابي –الانتباه السلبي – التقييد في

النشاطات والامتيازات. أشارت النتائج إلى أن نوعين من النواتج الاجتماعية كان لها ارتباط إيجابي مع تكرار الأعراض هما: الانتباه الأيجابي وتقييد النشاطات لكن يتوسط هذا الارتباط عدة متغيرات هي: القيمة الذاتية المدركة والقدرات الأكاديمية المدركة. فكلما تدنت تقديرات الأطفال والمراهقين لقيمتهم الذاتية ولقدراتهم الأكاديمية، كلما كان تأثير العوامل الاجتماعية على استمرار الأعراض أقوى. وبالتالي خرجت هذه الدراسة بافتراض هام وهو أن نجاح الأطفال في أدوارهم الاجتماعية العادية يمكن أن يؤثر على المدى الذي يتماهون به مع الدور المرضي، وبالتالي يجدون في هذا الدور التعزيز البديل الذي يفتقدونه في أدوارهم الأخرى.

وللتحقق من أهمية تأثير الانتباه الوالدي على شكاوى الأطفال الذين يعانون من الآم بطن وظيفية غير عضوية وأطفال لا يعانون من آلام متكررة. أجرت ووكر ورفاقها (Walker, et al. (2006 دراسة تجريبية على عينة شملت (١٠٤) طفلاً يعانون من آلام بطن متكررة وظيفية غير عضوية و (١١٩) طفلاً معافى، تراوحت أعمار المجموعتين بين ٨–١٦ سنة. تم تقسيم الأهل عشوائياً إلى ثلاث مجموعات وتم تدريب كل مجموعة للتفاعل مع أطفالها بواحدة من الطرق الثلاثة وهي: الانتباه، والتشتت وبلا تعليمات. هذا وقد تضمنت كل مجموعة أطفال أصحاء وأطفال يعانون من الآم متكررة. تم أعطاء أطفال المجموعات الثلاثة سائلاً مائياً بكميات معيارية تسبب آلاماً شبيهة بالآم البطن ولكن تأثيرها مؤقت ومن ثم تم تسجيل شكاوى الأطفال الجسدية واستجابات الأهل على شريط فيديو، سجل الأطفال وعلى مقياس ذاتي لأعراض الجهاز الهضمي أعراضهم قبل وبعد التفاعل مع والديهم، ومن ثم تم تقييم إدراكات الأهل والأطفال للتفاعلات بينهم. وعند مقارنة المجموعات الثلاثة كان تكرار الشكاوى عند مجموعة الأطفال الذين تلقوا استجابات انتباه من الوالدين سواء اكان المرضى منهم أم الأصحاء ضعفي المجموعة التي تلقت استجابات تشتت. هذا ولقد سجلت الأناث التكرار الأعلى للشكاوي بعد تلقي الانتباه من الوالدين، ولقد أشارت المجموعة التي تلقت استجابات تشتيت بإن سلوك الأهل جعلهم يشعرون بطريقة أفضل أزاء أعراضهم، كما أشارت أمهات الأطفال الذين يعانون من آلام متكررة أن استجابات التشتت كان لها أثر سلبي على تكرار الشكاوى الجسدية عند أطفالهم.

لقد قدمت هذه الدراسة مزيداً من الأدلة على دور التعزيز الوالدي في استمرار شكاوى الأطفال الجسدية وتبني السلوك المرضي.

ومن ثم قامت فإن سلايك ووكر Vanslyke & Walker (2006) بدراسة هدفت إلى التعـرف على استجابات الأمهات لآلام أطفالهن، وتقييم إمكانية تقسيمها إلى أنماط محددة من أجل تطوير اسـتبانة لقياس وتحديد هذه الاستجابات. تم تسجيل استجابات الأمهات لسلوك الألم عند أطفـالهن اعتمـاداً علـى مراجعة مكثفة لأدب الموضوع، كما تم إجراء مقابلات لأمهات الأطفال الذين يراجعـون عيـادة طـب الأطفال. صنفت هذه الاستجابات ووضعت على شكل استبانة تم تطبيقها على ١٤٥ أمـاً تـراجعن مـع أطفالهن العيادة المذكورة. وباستعمال التحليل العاملي تم تحديد ثلاثة عوامل واضحة، يعكس العامل الأول استجابات الحماية والذي يجعل الطفل سلبياً متلقى، أما العامل الثاني فيعكس الاستجابات الناقدة مـن قبـل الأهل لسلوك الألم وسُميت استجابات التقليل، والعامل الثالث الذي ظهر يعكس الاسـتجابات التـشجيعية والمراقبة، أي تشجيع الطفل على القيام باي نشاط ومراقبة أعراضه. أقترحت هذه النتائج أن اسـتجابات الأمهات لسلوك أطفالهن المرضى يمكن أن يصنف إلى ثلاثة تصنيفات رئيسية. ولكن أقترح الباحثون أن هناك حاجة إلى مزيد من البحوث والدراسات في هذا المجال للتأكد من أن الطرق العلمية في الملاحظـة سوف تقدم نفس الارهاصات typology لإستجابات الأهل لآلام أطفالهم.

وفي نفس العام، قامت ووكر وليفي ووايتهد Walker, Levy, Whitehead (2006) بدراسـة للتحقق من صدق مقياس استجابات الحماية الوالدية (الاستجابة الرعوية) للالآم الأطفال المتكـررة وذلـك إيماناً منهم بأن تطوير المقاييس المناسبة يساعد في تطوير البحوث المتعلقة بسلوك الألـم عنـد الأطفـال ويعزز من مصداقيتها.

في البداية، شملت عينة الدراسة على (٤٤٩) أماً لأطفال بعمر (٨–١٥) سنة. وبعد تطبيق مقياس الحماية الوالدية عليهن تم اختيار مجموعتين، الأولى وعددها ٣٢ أماً تمثل المجموعة التي حصلت علـى أعلى العلامات في مقياس الحماية، أما المجموعة الثانية فتكونت من (٣٥) اما وتمثل الأمهـات اللـواتي حصلن على أدنى العلامات على مقياس الحماية. ومن ثم طلب من الأمهات تسجيل اسـتجابتهم لـسلوك أطفالهن المرضى على مفكرة يومية ولمدة (٢٨) يوماً، وعدد المرات التي تمت مراجعة العيادة بسبب هذه الالآم. أضافت نتائج هذه الدراسة دعماً لصدق مقياس استجابات الحماية الوالـدي Protective Parent Responses، كما أظهرت الدراسة أن استجابات الحماية (الرعوية) لسلوك الألم وشكاوى الأطفال ترتبط بشكل كبير مع تكرار الزيارات للأطباء مما يعمل على تقوية السلوك المرضي وسلوك الألم.

وللبحث في العوامل الوسيطة لتأثير التعزيز الوالدي للشكاوي والالآم المتكررة وأثر هذه الشكاوى على العجز الوظيفي، أجرى باترسون وباليرمو Peterson & Palermo (2004) دراسة شملت (٢١٥) طفلاً ومراهقاً تراوحت أعمارهم بين (٨-١٦)سنة ويعانون من الآم متكررة ومزمنة مثل الصداع، التهاب المفاصل. افترض الباحثون أن الكرب النفسي عند الأطفال يمكن أن يعدل من تأثير التعزيز على استمرار الشكاوي، وبالتالي ارتفاع مستويات العجز عند هؤلاء الأطفال. تم استخدام استبانات لقياس القلق والاكتئاب وتكرار الألم والاستجابات الرعوية من قبل الأهل والعجز الوظيفي. أظهرت النتائج أن الكرب النفسي عند الأطفال يمكن أن يفاقم من تأثير الاستجابات الرعوية على العجز الوظيفي عند الأطفال المتألمين. وهذا يتفق تماماً مع ما افترضته البحوث السابقة. وبالتالي يضع مسؤولية على الوالدين لتحسين الأداء الوظيفي لأطفالهم حتى وبوجود الآلام كما تبين أن هناك تفاعلات هامة بين السلوكات الرعوية الوالدية والأعراض الاكتئابية والقلق عند الأطفال الذين لديهم مستويات مرتفعه من الكرب النفسي.

وفي وقت لاحق في العام نفسه، قام كل من كلار ووكر Claar & Walker (2006) بدراسة للتحقق من الخصائص السيكومترية لقائمة العجز الوظيفي للأطفال. وبالرغم من أن ووكر Walker نفسها كانت قد قامت بتطوير المقياس عام (١٩٩١) إلا أن أهمية التقييم الدقيق لمستوى العجز الناتج عن تكرار سلوك الألم والأعراض، وأثر ذلك على القيمة الذاتية للطفل وعلى الاكتئاب، جعل التحقق من خصائص هذا المقياس ضرورة ملحة شملت عينة الدراسة (٥٦٩) طالباً وطالبة تراوحت أعمارهم بين (٨-١٧) سنة ويعانون من آلام بطن متكررة، كما شملت الدراسة أهالي الطلاب. قدمت نتائج هذه الدراسة دعماً إضافياً لصدق وثبات المقياس، كما أظهرت الدراسة أن الأناث يملن إلى إظهار مستويات عجز ناتجة عن الأمهن أكثر من الذكور، وأن الغياب المدرسي يتكرر عند الذكور والأناث بنسب متقاربة، ويرتبط الغياب المدرسي إيجابياً مع شدة الألم، كما ارتبطت المستويات العالية من العجز بإرتفاع مستوى الاكتئاب عند الذكور والأناث على السواء.

حديثاً، طور هيوجوت وميرو وفيوتو Huguet, Miro, Nieto (2008)، وهم باحثون أوروبيون قائمة استجابة الوالدين لخبرة الألم عند الأطفال، تكونت القائمة من (٦٠) فقرة وطلب من ٤٠١ أمً لديهن أطفال تراوحت أعمارهم ما بين ٦-١٦ عاماً للإجابة على هذه الفقرات. تعبر مجمل الفقرات عن استجابات رعوية وعدم تشجيع واستجابات لزيادة السلوكات الصحية والتكيّف، استندت معظم هذه الفقرات على نموذج التعلم الاجتماعي، واقترحوا أن هذا النموذج بشقيه التعزيز الإيجابي والتعزيز السلبي سوف يساهم في تحديد نمط استجابة الأطفال لخبرات الألم الحادة، وبالتالي يتطور لديهم بعد هذه الخبرة آلام

مزمنة أو متكررة، ويترتب على ذلك ارتفاع في مستويات العجز. إذ أكد هؤلاء الباحثون أن هذه القائمة اشمل من سابقتيها وهي قائمة ووكر وزيمان (Walker&Zeman (1992، وقائمة ماينمالا ورفاقه (Manimala, et al.(2000. اللتين ركزتا فقط على تأثير الاستجابة الرعوية الحضورية على سلوك الألم وتحديداً على الآلام المتكررة والمزمنة، في حين أن القائمة الحالية تتضمن إبعاداً أخرى ولفئة مختلفة من المتألمين. تبين من نتائج هذه الدراسة أن العوامل الثلاثة للأداة ظهرت وبوضح، ولكن استبعد (٢٤) فقرة لم تنتم إلى الإبعاد الثلاثة. والنتيجة المهمة التي ظهرت في هذه الدراسة أن الأمهات تشجعن السلوكات الصحية التي تساعد على التكيّف وهذا يعكس اختلافاً واضحاً عن الدراسات الإمريكية إذ فسر الباحثون أن الاختلاف الثقافي يكمن في تغيير ادوار الأمهات.

ولمعرفة إدراكات الأطفال لإصدقائهم الذين يعانون من أعراض جسدية، وأثر الجنس والضغط على إدراكات الأطفال للمرض، قام كل من جيوت ورفاقه (Guite, et al. (2000 بدراسة شملت (٣٦٣) طالباً في الصف الرابع والخامس إبتدائي. تم عرض قصة لصديق أو لصديقة مفترضة تعاني من آلام بطن عضوية، ومن ظروف طارئة ضاغظة، وإن هذه الصديقة اضطرت بسبب آلامها إلى التخلي عن بعض من واجباتها المدرسية والتغيب أكثر من المعتاد، ولم يكن بالأمكان أن تقضي وقتاً طويلاً مع صديقاتها. ومن ثم تم الاستفسار عن مدى حبهم لتلك الصديقة وكيف يدركون خبرة الألم التي تمر بها. اشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الأطفال يستطيعون التمييز بين المرض العضوي والآلام التي ليس لها سبب عضوي وبالتالي هم لا يتعاطفون ولا يحبون الأطفال الذين يعانون من أعراض ليس لها سبب عضوي، ويعتقدون أن المرض العضوي مؤلم بشكل أكبر، وأن الأناث يستطعن التخلي عن واجباتهن بينما لا يعطون هذا الإمتياز للأطفال الذكور، وأن الذكور والأناث يدركون أن ألم الطفل الذكر أشد. ولم تكن للضغوط التي يتعرض لها الطفل أي تأثير على مدى حبهم وتعاطفهم مع آلام هذا الطفل.

ج. الدراسات المتعلقة بتقييم الأم لسلوك طفلها المرضي

نادرة هي الدراسات التي بحثت في متغير تقييم الأم للآم طفلها وأثر ذلك على استمرار الشكاوى الجسدية لديه إذ لم تتمكن الباحثة من الحصول إلا على أثنتين واحدة منها هي ليست ذات علاقة وثيقة بدراستنا هذه إذا لم تبحث في تقييم الأمهات لمدى شدة وجدية أعراض أطفالهن وأنما هدفت إلى التعرف على اعتقادات الأمهات بشأن أعراض أطفالهن إذ قام بها كلار ووكر (Claar & Walker (1999

للتعرف على اعتقادات الأمهات بشأن أعراض أطفالهن وقاموا بدراسة ٥٥ طفلاً يعانون من أمراض عضوية في المعدة والأمعاء، تمت مقارنتهم مع (٩٨) طفلاً يعانون من آلام ليس لها أساس عضوي ويراجعون عيادة الأطفال في جامعة فاندريلت. طلب من أمهاتهم تعبئة قائمة أسباب آلم الطفل، وتضمنت القائمة (١٠) أسباب عضوية و(١٥) سبباً نفسياً اجتماعياً. ذكرت نصف الأمهات أن آلام أطفالهن قد تعود إلى أسباب عضوية والنصف الآخر ذكرن أن أسباب مرض أطفالهن يعود لأسباب نفس اجتماعية. وبعد إجراء الكشف الطبي تبين أن أمهات أطفال المجموعتين يعطين أهمية للعوامل النفس اجتماعية في تطوير مرض أطفالهن. من هنا، يقدر القائمون على هذه الدراسة أن لدى الأمهات الوعي الكافي لأهمية العوامل النفس اجتماعية في نشؤ الأعراض والآلام والمحافظة عليها، وأن على الأطباء أن يقدموا المساعدة للتعريف بالإجراءات السلوكية المعرفية المساعدة على إدارة هذه الآلام كأستراتيجية مكملة للعلاج.

أما الدراسة الثانية فقام بها لباني ووكر Lipani & Walker (2006) إذ فحصا العلاقة بين تقييمات الأطفال لشدة الألم وإدراكهم للتهديد الذي يشكله الألم والتعامل السلبي، وبين أنزعاج الأمهات والقيود في النشاطات العائلية. تم تطبيق قائمة شدة الألم، واعتقادات الألم والاستجابة للألم واستبانة تستوضح عن صحة الطفل من قبل الأمهات على عينة مكونة من (١٣٠) مريضاً جديداً تراوحت أعمارهم بين (٨–١٥) سنة ويراجعون عيادة المعدة والإمعاء في جامعة فاندربليت لتقييم آلام البطن لديهم.

أنطبقت على الأطفال معيار تكرار الالآم والمحدد من قبل أبلي Apley وهو جود آلام لمدة تزيد على ثلاثة أشهر. سجلت الأمهات مدى أنزعاجهن من أعراض أطفالهن على فقرات مقياس التأثير الانفعالي الوالدي، وأيضاً سجلن على مقياس صحة الطفل المكون من خمسين فقرة، نوعية حياة الطفل مع وجود المرض. أشارت النتائج إلى أنه عندما تم ضبط شدة الألم، ارتبط الارتفاع في تقييمات التهديد عند الطفل مع ارتفاع في مستوى أنزعاج الأم وبالتالي التقييد في النشاطات اليومية العائلية والراجع إلى الآم الطفل. كما تبين من النتائج أن استعمال الأطفال لاستراتيجيات التعامل السلبية لم يرتبط مع انزعاج الأم ومع التقييد بالنشاطات اليومية العائلية. من هنا، خرجت الدراسة بنتيجة مفادها التأكيد على القائمين على رعاية صحة الطفل بالأخذ بعين الاعتبار اعتقادات الطفل الخاصة بالألم وتصحيح الإدراكات الخاطئة بشأن مدى جدية الأعراض ومساعدة الأطفال المتألمين على تحسين كفايتهم المدركة للتعامل مع الألم.

د. الدراسات المتعلقة بالتقييم والتعامل مع الأعراض عند الراشدين

بداية الدراسات عن العلاقة بين اعتقادات السيطرة وجهود التعامل والتكيّف الكلي مع الألم المزمن تمت على المراهقين والراشدين، إذا قام كل من جنسين وكارولي Jensen & Karoly (1991) ، بفحص هذه العلاقة على عينة مكونة من (١١٨) مريضاً يراجعون العيادات بسبب الأمهم المزمنة منذ سبع سنوات. وتراوحت أعمارهم بين (١٤-٤٨) سنة، ومعظمهم يعانون من آلام متكررة في أسفل الظهر وصداع متكرر. تمت دراسة المتغيرات التالية: شدة الألم واعتقادات السيطرة على الألم وأساليب التعامل والوظائف النفسية والوظائف الاجتماعية السلوكية وتكرار استخدام مراكز الرعاية الصحية، والمرغوبية الاجتماعية.

أشارت النتائج إلى أن اعتقادات السيطرة، واستعمال استراتيجية التجاهل، والجمل الإيجابية البديلة وزيادة النشاطات ارتبطت إيجابياً مع الوظائف النفسية. كما تبين أن اعتقادات السيطرة واستراتيجية التشتت والالهاء واستعمال الجمل الإيجابية البديلة، ساهمت بشكل إيجابي برفع مستوى النشاطات الجسمية عند الأشخاص الذين أتسمت أعراضهم بأنها متوسطة الشدة. ولكن لم ترتبط أي من المتغيرات السابقة بتكرار استعمال المراكز الصحية. أقترح الباحثون آنذاك بإجراء مزيد من البحوث لبيان توقيت الاستفادة من تحديد انماط التقييم والتعامل لدى المرضى.

وفي نفس العام، قام جنيس ورفاقه Jensen et al. (1991) بدراسة عن الفاعليه الذاتية وتوقعات النتائج وعلاقتها بالآلام المزمنة وأساليب التعامل والتكيّف وقد شملت عينة الدراسة (١١٤) مريضاً يعانون من آلام مزمنة متكررة في أسفل الظهر والرقبة والأمعاء والمسالك البولية، واستمرت الأعراض لديهم لمدة تراوحت ما بين (١٤-٣٢) شهراً. تم استخدام مقياس الإعاقة الوظيفية المرتبط بالصحة وشدة الألم، كما تم تقييم مدى استعمال المرضى لـ (٨) استراتيجيات للتعامل مع الألم، بالإضافة إلى استخدام إجراء مقنن لقياس توقعات الفاعلية الذاتية. أشارت النتائج إلى أن هذه الدراسة تدعم الافتراضات النظرية في هذا الموضوع، إذ ارتبطت اعتقادات المرضى المتعلقة بقدراتهم وبشكل قوي بجهود التعامل. ولكن الاعتقادات بنتائج جهود التعامل وتفاعلها مع اعتقادات القدرة لم تكن لها علاقة بأساليب التعامل. بناء على هذه النتائج اقترح الباحثون أن العلاج يجب أن يركز على الممارسة الفعلية الحقيقية المستندة على استعمال استراتيجيات تعامل تكيفية بدلاً من التركيز والتثقيف بنتائج الاستراتيجيات.

أجرى كل من ويتي وهيبنر وبرنارد وثيرسون Witty, Heppner, Bernard & Thoreson, (2001) بدراسة للتعرف على أهمية عملية التقييّم وأسلوب التعامل المرتكز على المشكلة في التنبؤ بمدى العجز والاكتئاب وفقدان الأمل وشدة الألم عند الأفراد الذين يعانون من آلام في أسفل الظهر شملت (٧٩) فرداً يراجعون مراكز لإدارة الألم. تم استخدام مقياس بيك للأكتئاب وتأثير صورة المرض وفقدان الأمـــل واستبانة مكجيل (McGil) للألم ومقياس شدة حساسية الألم وقائمة حل المشكلات. أشارت النتائج وبعـــد ضبط المتغيرات الديمغرافية إلى أن عناصر قائمة التقييم وأسلوب التعامل المرتكز على حـــل المـــشكلات كانت منبئاً جيداً للأكتئاب وفقدان الأمل والعجز النفس اجتماعي. وقدر الباحثون أن هناك علاقات معقـــدة بين عناصر التقييم وحل المشكلات. وأقترحت هذه النتائج أن عنصر الاقتحام – التجنب يرتبط مع التكيّف النفسي، ولكن يتوسط هذه العلاقة حجم الثقة التي يملكها الفرد في حل المشكلات. وأهم توصية خرجت بها هذه الدراسة هي أن تدخلات حل المشكلات الشاملة قد تكون هي الأهم في علاج الأشخاص الذين يعانون من آلام متكررة مزمنة.

وفي دراسة لـــ بوسش (2005) Busch التي هدفت إلى التعرف على أنمـــاط عمليـــات التقيـــيم والتعامل عند المرضى الذين يعانون من آلام أسفل الظهر. أشارت نتائجها إلى أن التجاهل وعدم الاعتبار (disregading) كان لهما اثر إيجابي في السنوات الثلاث الأولى من تكرار الشكاوى، إذ أديا إلى نتائج تكيفية جيدة من حيث التقليل من الكرب الانفعالي ورفع مفهوم الذات. وكلما طال استعمال أسلوب التجاهل وعدم الاعتبار أختفت أثار هذه الاستراتيجية الإيجابية، وبالتالي اقترحت هذه الدراسة ان أســـلوب التقبـــل ومن ثم استعمال استراتيجيات تعامل مرتكزة على المشكلة تساعد أكثر في عملية أعادة التأهيـــل لهـــؤلاء المرضى.

وحديثاً قام كل من تروشون ورفاقه Truchon, et al. (2007) بدراسة للتحقـــق مـــن نمـــوذج الضغط في تنظيم العوامل النفسية المرتبطة بتطور العجز عند المرضى الذين يعانون مـــن آلام متكـــررة مزمنة في أسفل الظهر، إذ تم تقييم المتغيرات التالية: حوادث الحيـــاة الـــضاغطة والتقييمـــات المعرفيـــة المحددة لنوبة الألم والكرب الانفعالي واستراتيجيات التجنب والعجز الوظيفي. أشـــارت نتـــائج التحليـــل العاملي الاستكشافي وبعد تعديل بعض المقاييس إلى أن بعد الكارثية ارتبط بشكل كبير بالكرب الانفعالي. وعند استعمال تحليل المسار، أظهرت النتائج أن النموذج مناسب جداً إذ كانت هنـــاك ارتباطـــات دالـــة إحصائياً بين التقييم المعرفي وحوادث الحياة الضاغطة والكرب الانفعالي. كما أن اســـتعمال اســـتراتيجية

التجنب ارتبط بوضوح بمستوى الكرب الانفعالي ونوع التقييمات المعرفية. بالمقابل فإن استراتيجية التجنب مجتمعة مع الكرب الانفعالي فسرت بوضوح ارتفاع مستوى العجز عند هؤلاء المرضى. ومن هنا، خرج الباحثون بنتيجة مفادها أن حوادث الحياة الضاغطة تؤثر بشكل إيجابي على تطوير العجز عند المرضى الذين يعانون من آلام ظهر متكررة مزمنة من خلال عامل الكرب الانفعالي. كما أن التقييمات المعرفية كان لها أثر غير مباشر على مستويات العجز ذلك أنها تؤدي إلى استعمال استراتيجية التجنب.

وفي دراسة قام بها دايزفيك ورفاقه Dysvik, et al.(2005) لتحديد العلاقة بين التعامل والمتغيرات ذات العلاقة بالوضع الطبي والاكتئاب وتقدير الذات وذلك من أجل تحسين وضع مراكز التأهيل شملت عينة الدراسة (٧٧) فرداً يراجعون مركزاً لإدارة الألم، تم فيها استخدام المقاييس التالية: قائمة شطب طرق التعامل، وقائمة زانك للاكتئاب، ومقياس روزبيرج لتقدير الذات. أظهرت النتائج إلى أن ٣٨% من أفراد العينة أشاروا إلى أن مصادر الضغوط لديهم تتعلق بالآلامهم المتكررة بينما أشار (٥٣%) من أفراد العينة أن مصادر الضغوط تتعلق بالحياة العائلية والنشاطات الاجتماعية. كما تبين من النتائج أن تقييم الضغوط بشكلٍ عام بمثابة تحدٍ ارتبط مع استعمال استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكله، بينما ارتبطت تقييمات التهديد والاكتئاب والتدني في تقدير الذات مع استعمال استراتيجيات تعامل مرتكزة على الانفعال ومن الممكن أن تعمل هذه الاستراتيجيات على أعاقة نشاط إعادة التأهيل ولكن لم تظهر هناك علاقة بين مقاييس خبرة الآلم وبين استراتيجيات التعامل. أوصت الدراسة باستخدام تقنيات إعادة البناء المعرفي في مراكز إعادة التأهيل وذلك للتصدي للإكتئاب وتقدير الذات المتدني المرافق للآلام المتكررة المزمنة، كما أن تعليم مهارة حل المشكلات يعتبر من أهم التقنيات العلاجية لإدارة الألم.

وللتحقق من العلاقة بين استعمال الاستراتيجيات السلبية للتعامل مع الألم والتعزيز للسلوكات المرضية في مراحل الطفولة والقلق والاكتئاب. قام كل من كرين ومارتن Crane & Martin (2004) بدراسة ٣٣ فرداً يعانون من متلازمة القولون المتهيج و ٢٢فرداً يعانون من التهاب القولون. تم استخدام استبانة التعامل مع الألم، ومقياس القلق، والاكتئاب، ومقياس استجابة الوالدين لسلوك الألم عند الأطفال، كما تم قياس الأعراض الجسدية لأفراد العينة. تبين من التحليل العاملي للبعد الفرعي من مقياس التعامل السلبي أنه يتكون من عنصرين مرتبطين بالأوجه السلوكية والانفعالية لهذا المقياس. وأهم نتيجة توصلت إليها الدراسة هي أن التعزيز الوالدي للسلوك المرضي في مراحل الطفولة ارتبط بشكل دال إحصائياً مع التعامل السلبي عند المرضى الذين يعانون من متلازمة القولون المتهيج وليس مرض التهاب القولون. كما

تبين أن القلق والاكتئاب يرتبطان مع التعامل السلبي عند الأفراد الذين يعانون من متلازمة القولون المتهيج. أما الأفراد الذين يعانون من مرض التهاب القولون فقد ارتبط التعامل السلبي لديهم مع الاكتئاب فقط. بالمقابل وجد الباحثون أن هناك ارتباطاً هاماً بين مستويات القلق والاكتئاب والعنصر الانفعالي من التعامل السلبي عند المجموعتين.

ادعت النماذج السلوكية للألم المزمن أن تقييمات الأذى تؤثر على استجابة الأفراد للألم، واقترحت أن الخوف من الألم، والقلق، والحساسية، تهيئ الأفراد لأن تكون آلامهم مزمنة. وتبعاً لهذه النظرة، فإنه يتم المحافظة على الألم، بواسطة اليقظة الزائدة تجاه احساسات الألم وما يتبعها من سلوكات تجنبية. من هنا سعت دراسة دايهاني وشارب ونيكولاس (Dehghani, Sharpe & Nicholas, (2003 إلى التحقق من طبيعة التحيزات المعرفية عند المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة. شملت عينة الدراسة ١٦٩ مريضاً يراجعون مركزاً لإدارة الألم وطبق عليهم استبانات عن طريق الكمبيوتر تقيس أربعة أوجه من الألم. ومن ثم اعطي المرضى أربعة أنماط من الكلمات و مرادفاتها تتعلق بالأبعاد الأربعة للألم، وأيضاً تم إعطاؤهم كلمات حيادية، ثم سُجلت ردود الأفعال للمثيرات. أظهرت نتائج تحليل التباين الثنائي أن المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة لديهم تحيزات معرفية لكلمات الألم الحسية ذات العلاقة بالمشاعر، والإعاقة، والتهديد. ولكن بالمقابل وعلى عكس ما كان متوقعاً، استجاب المرضى الذين يعانون من مستويات عالية من الخوف ببطء في الاستجابة للمثيرات. تقترح هذه النتائج أن المرضى الذين يعانون من مشكلات الألم المزمن ينتبهون اختيارياً لأوجه الألم الحسية. ويظهر ان الانبتاه الاختياري يعتمد على طبيعة مثير الألم. أما بالنسبة للمرضى الذين يخافون كثيراً من الألم فإنهم قد لا ينتبهون للمعلومات المتعلقة بالألم اختيارياً، ولكن لديهم صعوبة في فصل أنفسهم عن مثير الألم.

ولفحص نموذج كولنجير Colinger الذي يفترض أن هناك علاقة بين تكرار الأعراض الجسدية عند الأفراد وأنماط الشخصية، تكونت عينة الدراسة من (٢٠٧) مريضاً يعانون من آلام مزمنة ومتكررة وتمت مقارنتهم مع (١٠٥) فرداً معافى. تم استخدام المقاييس التالية: قائمة الشخصية والطبع، وقائمة سبلبيرغير للقلق، وقائمة بيك للاكتئاب، ومقابلة عيادية مقننة. أشارت النتائج إلى أن الأفراد الذين يعانون من آلام متكررة مزمنة سجلوا مستويات عالية على قائمة الاكتئاب وقائمة القلق، وتبين أن (٤١%) من هذه العينة استوفوا معايير وجود أحد اضطرابات الشخصية. وعندما تم ضبط متغير القلق والاكتئاب أيضاً، سجلت العينة التي يعاني أفرادها من آلام مزمنة ومتكررة مستويات عالية على إبعاد الاذى –

التجنب في الطبع، ومستويات منخفضة على بعد التوجه الذاتي والتعاون. وعندما تم استخدام معادلة الانحدار الخطي المتعدد وضبط متغير العمر والجنس والاكتئاب والقلق، أظهر (٢٣%) من مجموعة المرضى وجود اضطراب في الشخصية، وظهر أيضاً أن بعد التوجه الذاتي والتعاون يفسر وجود (٧٥,٨%) من أعراض الاضطرابات في الشخصية. أشار الباحثون إلى أنه من الممكن لقائمة الشخصية والطبع أن تقدم تصوراً أكبر عن الآليات المخفية في تطوير آلالام المزمنة والمتكررة. (Conrad, et al., 2007).

ولقياس الفروقات والتشابهات بين الثقافات العرقية في تقييم الألم، والاعتقادات عن الألم، وطرق التعامل معه، والعلاقات بين التقييم والتعامل، وإدراك الأفراد لفاعليتهم وبالتالي تقدير مدى عجزهم وتكيفهم. قام كل من تان ورفاقه Tan, et al. (2005) بدراسة شملت (١٢٨) مريضاً يراجعون عيادات لإدارة الألم ويعانون من آلام متكررة وينتمون إلى أصول غير أمريكية. تمت مقارنتهم مع (٣٥٤) مريضاً يراجعون نفس العيادات ويعانون من آلام متكررة ولكن ينتمون إلى أصول أمريكية. استخدمت في الدراسة عدة مقاييس هي: قائمة اعتقادات الألم واستبانة استراتيجيات التعامل ومقياس للأكتئاب واستبانة للعجز. وبالرغم من أن النتائج أشارت إلى وجود عدة تشابهات بين المجموعتين خاصة فيما يتعلق باعتقادات الألم وأساليب التعامل، إلا أن مجموعة المرضى من أصول غير أمريكية أظهرت تدنٍ في مستوى السيطرة المدركة واستعمال أساليب تعامل خارجية مع الألم، وكانوا أكثر اعتقاداً بأن الآخرين يجب أن يستجيبوا لمرضهم بطرق رعوية عند ملاحظتهم لسلوكات الألم لديهم. تبين أن المجموعة التي هي من أصول غير أمريكية، ترتفع لديها مستويات الاكتئاب والعجز وبدلالة إحصائية، حتى وبعد ضبط متغير شدة الألم.

الدراسات المتعلقة بالطفل:

أ) الدراسات المتعلقة بعمليتي التقييم – والتعامل عند الطفل وعلاقتها بتكرار سلوك الألم لديه

وفي واقع الحال، فإن الدراسات المتعلقة بعملية التقييم هي قليلة جداً إذ تمكنت الباحثة من إيجاد أربع دراسات للأطفال، أما الدراسات على الراشدين فكانت أكثر وفرة سردت الباحثة بعضاً منها.

في دراسة لـــ ووكر ورفاقها Walker, et al. (2005)، والتي هدفت إلى فحص نموذج مفاهيمي للتقييم والتعامل مع آلام البطن المزمنة عند الأطفال شملت (١٣٣) طفلاً يعانون من آلام بطـــن متكـــررة وتراوحت أعمارهم بين (٨-١٥) سنة، تم استخدام تحليل المسار لفحص العلاقات بين اعتقـــادات الألـــم التموضوعية وأنماط التعامل والمعارف والسلوك الخاص بنوبة ألم محددة، والنتائج الكلية قصيرة وبعيـــدة المدى. إذا افترض الباحثون أن الأطفال الذين يعتقدون بأنهم لا يستطيعون التخفيف من الألـــم أو قبولـــه، ويقيّمون قدرتهم على التعامل مع نوبة ألم محدده على أنها منخفضة، هـــم الأطفـــال الـــذين يـــستعملون استراتيجية تعامل سلبية. كما افترضا أن هذا الميل للتعامل السلبي كان له أثار مباشـــرة علـــى اســـتعمال التعامل السلبي الفعلي (الانسحاب الاجتماعي، التفكير الكارثي) في نوبة ألم محددة وعلى الأعراض طويلة المدى والعجز. بينما ارتبطت أساليب التعامل المهدئة مثل (القبول والتشجيع) مع مـــستويات قليلـــة مـــن الكرب الناتج عن نوبة ألم محددة. وبالتالي فإنه من الممكن التنبؤ بإنخفاض فـــي مـــستويات الأعـــراض الاكتئابية بعد ثلاثة أشهر من تكرار هذه النوبات. أكدت النتائج صدق الافتراضـــات الـــسابقة، وأوصـــى الباحثون باستخدام التدخلات المعتمدة على مهارات التعامل للأطفال الذين يعانون من آلام بطن متكـــررة ووجوب التوجه نحو تغيير أساليب التعامل السلبي والأخذ بعين الاعتبار بأساليب التعامل المهدئه.

وحديثاً قامت ووكر ورفاقها Walker, et al. (2007) بفحص الافتراض القائل بـــأن الأطفـــال المرضى يختلفون عن الأطفال الأصحاء في تقييمهم وتعاملهم مع الضغوط اليوميه. لـــذا قـــاموا بفحـــص نموذج للعلاقة بين التقييم والضغط والتعامل وعلاقته بالأعراض والعجز. ولهذه الغاية، قـــاموا بمقارنـــة ١٤٣ طفلاً يعانون من آلام بطن متكررة تراوحت أعمارهم بين (٨-١٥) سنة مع (١٠٤) طفلاً معافى. إذ طلب منهم التسجيل على مفكرة يومية ولمدة خمسة أيام الضغوط التي يتعرضون لهـــا وأنمـــاط تقيـــيمهم وأساليب تعاملهم مع كل ضغط، تم قياس الاعراض الجسدية والأعراض الاكتئابية والعجـــز الـــوظيفي. وبعد شهرين من تسجيل الضغوطات خرجت المقارنة بنتيجة مفادها أن الأطفال الذين يعانون من آلام بطن متكررة هم أقل ثقة بأن لديهم قدرات تساعدهم على التكيّف مع الضغوط والتغيير، كما أنهـــم يـــستعملون استراتيجيات التعامل المهدئة بنسبة أقل من الأطفال الأصحاء. وتبين أيضاً أن أنماطاً مختلفة مـــن تقيـــيم الضغط ارتبطت مع الاستراتيجيات النشطة والسلبية والمهدئة وأن التقييم والتعامل ارتبطا مع ألأعـــراض والعجز. والنتيجة النهائية التي توصلت إليها هذه الدراسة أن العلاقة بـــين الـــضغوط والأعـــراض عنـــد

الأطفال المتألمين يمكن أن تفسر جزئياً بواسطة طرقهم في التقييم والتعامل مع الضغوطات. وهذا يتفق تماماً مع أفكار لازاروس وفولكمان Lazaurs & Folkman في موضوع الضغط والتعامل.

كما قيّم بيرا ورفاقه Piira, et al.(2006) فاعلية استراتيجيتين تعتمدان على التخيل لتعديل خبرة الألم عند الأطفال من عمر ٧ –١٤ سنة. تم تقسيم الأطفال عشوائياً إلى ثلاث مجموعات: الأولى تمارس وضع التشتيت أي يركز الأطفال انتباههم نحو مثيرات خارجية، والثانيه تمارس وضع التركيز على الاحساسات الجسدية الداخلية، والثالثة لا تمارس شيئاً وهي المجموعة الضابطة. وعن طريق التقرير الذاتي، تم قياس أفضلية نمط التعامل مع الألم والقدرة على التخيل. ومن ثم تم تقدير قدرة الأطفال على تحمل الألم وإدراكهم لشدته بواسطة تعريضهم لمثير ضاغط بارد. اشارت النتائج إلى أن درجة شدة الألم المعلنة للمجوعتين اللتين اتبعتا استراتيجياتا التشتيت والتركيز على الإحساسات الداخلية كانت أقل من المجموعة الضابطة بعد دقيقة واحدة من التعرض للألم. وتبين أن الأطفال الأصغر سناً (٧–٩) سنة أظهروا قدرة أعلى على تحمل الألم عند استعمال استراتيجية التشتيت. بينما كانت القدرات على تحمل الألم متشابهة عند الأطفال الأكبر سناً عندما استعملوا استراتيجية التشتيت واستراتيجية التركيز على الاحساسات الداخلية.

كذلك، فقد تبين أيضاً أن الأطفال الأكبر سناً أظهروا قدرة أعلى وأطول على تحمل الألم مع أن شدة الألم المعلنة عند الأطفال من جميع الأعمار كانت متشابهة. تعكس هذه النتيجة حقيقة أن شدة الألم هي قياس للبعد الحسي للألم، بينما يعكس تحمل الألم العنصر الدافعي والمعرفي للألم الذي تظهر آثاره مع تقدم النمو.

برز متغير الكارثية كمتغير مهم وحرج من حيث فهم التكيّف مع الألم عند الأطفال والراشدين. وبالرغم من ذلك، فإن طرق قياس الكارثية تعتمد فقط على أبعاد فرعية من مقاييس التعامل مع الألم، لذا، تم تكييف مقياس الكارثية للألم الخاص بسوليفان ورفاقه Sullivan, et al. (2001) لاستعماله للأطفال، وتم التحقق من صدقه التنبؤي وصدق المنشأ من خلال دراستين. الأولى شملت ٤٠٠ ذكر و ٤١٤ أنثى تراوحت أعمارهم بين ٨–١٦ سنة، إذ تم تقييم الأبعاد الفرعية المستقلة وهي: الاجترار والتضخيم واليأس. تبين أن هذه الأبعاد الفرعية الثلاثة لا تتغير مع العمر والجنس.

أما الدراسة الثانية، فقد تمت على عينة عيادية لأطفال لديهم آلام متكررة ومزمنة وعددهم ٢٤ أنثى و ٢٠ ذكراً تراوحت أعمارهم بين ٨ –١٦ سنة. تبين من النتائج أن مقياس الكارثية كان منبئاً جيداً لشدة الألم والعجز، وتجاوز العمر والجنس. كما تبين أن الكارثية تلعب دوراً هاماً في تسهيل سلوك الهروب من الألم وفي إيصال مشاعر الكرب للآخرين المهتمين في حياة الطفل (Crombez , Bijttebier , Eccleston, Mascagni, Mertens, Goubert, Vertraeten,2003).

ب) علاقة الالام ببعض المتغيرات عند الطفل وتشمل: تقدير الذات، مستوى النشاطات، والعوامل النفس اجتماعية.

في دراسة هدفت إلى التعرف على نوعية الحياة عند المراهقين الذين يعانون وعائلاتهم من آلام مزمنة ومتكررة، قام كل من هانفيلد ورفاقه Hunfeld, el al. (2001) بدراسة عينة مكونة من (١٢٨) مراهقاً تراوحت أعمارهم بين ١٢ – ١٨ سنة ويعانون من آلام متكررة مزمنة. تم استخدام استبانة الرضى عن الحياة للمراهقين واستبانة تأثير المرض على العائلة للأهل. أشارت النتائج إلى أن أكثر الآلام انتشاراً بين المراهقين هي الآم المفاصل، ووجع الرأس، والظهر، والبطن وتزداد هذه الآلام مساءً وبقرب موعد العشاء. أما وقت النوم فكان هو الأسوأ من حيث شدة الألم. كما تبين أن الإناث يتعرضن إلى نوبات ألم أكثر من الذكور. أما بالنسبة للرضى عن الحياة، فقد ايدت النتائج ما توصل إليه الباحثون من أن تكرار آلالام يؤثر وبشدة على نوعية حياة الأشخاص وبالتأكيد سلباً، ولم يكن تأثير الآلام المتكررة على العائلة دالاً إحصائياً.

ولتقييم العلاقة بين أوجاع الرأس المتكررة والعوامل النفس اجتماعية بما فيها القلق والاكتئاب واضطراب التبدين والعجز الوظيفي. أجرى مارتن ورفاقه Martin et al. (1999) دراسة مسحية على عينة مكونة من (٦٥٠) طالباً وبمتوسط عمري (١٣) سنة وذلك في مسعى للحصول على مجموعتين من الطلاب. الأولى كانت تعاني من صداع متكرر شديد بواقع مرة في الأسبوع والثانية كانت تعاني من صداع خفيف غير متكرر. تم استثناء الطلاب الذين يراجعون العيادات الطبية وذلك للحصول على عينة غير عيادية، وبالتالي أصبح حجم العينة (٤٦٨) طالباً. وبعد ذلك، تم إجراء المقارنات بين المجموعتين وعلى مدى سنتين وعلى عدة مقاييس وهي قائمة القلق للأطفال وقائمة الأكتئاب لكوفكس Kovacs وقائمة الجسدنه للأطفال وقائمة الوضع الوظيفي والرضا عن الحياة. أشارت النتائج إلى أن الأطفال الذين يعانون

من صداع متكرر وشديد لديهم مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب، ويتعرضون لضغوط نفسية اجتماعية ولديهم شكاوي جسدية أخرى غير الصداع، ولديهم مستويات منخفضة من الأداء والقدرات على مستوى المدرسة بشكل أكبر من الأطفال والمراهقين الذين لا يعانون من صداع متكرر. وتزداد هذه النسبة عند الذكور منها عند الأناث. وهذه هي الدراسة الأولى التي تشير إلى ارتفاع نسب الآلام وما يرافقها من اضطرابات نفسية عند الذكور. وأشارت نتائج دراسة مارتن ورفاقه أيضاً إلى أن الانخفاض في مستوى الوظائف النفسية والاجتماعية أزداد بعد سنين من بدء الدراسة كما استمرت نوبات الصداع.

من هنا، افترض كل من كلار ووكر وسميث Claar, Walker, Smith (1999) أن القدرات المدركة في المجال الأكاديمي والاجتماعي والرياضي يمكن أن تغيير من العلاقة بين متلازمة القولون المتهيج ومستويات العجز عند المراهقين الذين يعانون منها، وكانوا قد عانوا في طفولتهم من آلام بطن متكررة. ومن أجل التحقق من افتراضهم، قاموا بدراسة ٧٦ فرداً تتراوح أعمارهم بين (١١-٢٣) سنة سبق وأن قد راجعوا عيادة طب الأطفال في جامعة فاندربليت Vanderbilt قبل خمس سنوات لتقييم آلام البطن المتكررة لديهم ويعانون الأن من متلازمة القولون. تم تطبيق مقياس القدرات المدركة ومقياس العجز المدرك واستبانة متلازمة القولون المتهج عليهم. وقد أشارت النتائج إلى أن القدرات المدركة في المجال الأكاديمي والاجتماعي والرياضي يمكن أن تعدل من العلاقة ما بين متلازمة القولون المتهيج ومستويات العجز عند أفراد العينة. وأن قدرات الأناث في المجال الأجتماعي كانت هي الأقوى في تعديل العلاقة، بينما كانت القدرات المدركة المتعلقة بالرياضة هي الأقوى في تعديل العلاقة عند الذكور. أما فيما يتعلق بالقدرات الأكاديمية فقد تساوت عند الذكور والإناث من حيث قدرتها على تعديل العلاقة بين متلازمة القولون ومستويات العجز.

وفي دراسة مراجعة شملت (٦٤٨) طفلاً مراهقاً هدفت إلى تحديد نسبة آلام الظهر التي ليس لها أساس عضوي والعوامل النفسية المرتبطة مع هذه الآلام، قام كل من كومبس وكاسكي Combs & Caskey (1997)، بمتابعة المرضى الذين يعانون من آلام ظهر ويراجعون مستشفى شرينر Shrines hospital للأطفال والإطلاع على فحوصاتهم الطبية. أشارت النتائج إلى أن (٧٥%) من عينة الدراسة لا تعود الأمهم إلى أسباب عضوية، كما تبين من النتائج أن الأطفال الذين يعانون من آلام الظهر وليس لها سبب عضوي يراجعون عيادة المدرسة باستمرار ويتغيبون عن المدرسة، وترتفع نسبة المشكلات الاجتماعية والنفسية والانفعالية بينهم. يذكر القائمون على هذه الدراسة أن تشخيص آلام الظهر اختلف عن

السابق، ففي حين كانت نسب وجود أسباب عضوية عالية جداً في السبعينيات والثمانيات أصبحت هذه النسب في التسعينات متشابهة تقريباً، ويقترحان أن الأسباب تعود إلى نمط العائلات غير الوظيفية وإرتفاع نسب الاساءة بأنواعها بين الأطفال والمراهقين.

ولمعرفة التأثير الذي تتركه الآلام المتكررة على مستوى النشاطات اليومية عند الأطفال، والقيود التي يفرضها الطفل على نفسه عندما يتعرض لهذه الآلام المتكررة. قام كل من روث إيزجيكت ورفاقه Roth - Isigkeit, et al. (2005) بدراسة مسحية شملت (٧٤٩) طفلاً و(٦٢٢) مراهقاً تم التعرف على خبرات الألم التي تعرضوا لها ونتائج هذه الخبرات على حياتهم اليومية. قامت الأمهات بتعبئة استبانات الأطفال التي تراوحت أعمارهم ما بين (٦-٩) سنوات، أما الأكبر سناً فقد قاموا بتعبئة استبانات الألم بإنفسهم.

أشارت نتائج الدراسة إلى أن (٨٣%) من العينة اختبروا خبرات ألم في خلال الأشهر الثلاثة التي سبقت الدراسة، كما أشار (٣٠,٨%) من الأطفال والمراهقين أن فترات الألم استمرت لديهم لمدة تزيد على ستة أشهر، وكانت موزعة كالتالي (٦٠,٥%) وجع رأس، (٤٣,٣%) الأم بطن متكررة، (٣٣,٦%) أوجاع ظهر ومفاصل. وذكروا أن هذه الآلام تسبب مشكلات في النوم (٥٣,٣%)، ومشكلات في الأكل عند(٥١,١%) وغياب عن المدرسة بنسبة (٤٨,٨%) وعدم القدرة على مقابلة أصدقائهم (٤٦,٧%). كما أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن المشكلات التي تعزى للألم تزداد مع تقدم العمر. وذكر (٥٠%) من الأطفال والمراهقين الذي يعانون من آلام متكررة أنهم طلبوا المساعدة من الطبيب للتخلص من آلامهم، وبالتالي تناولت هذه النسبة المسكنات بكثرة. كما وارتبطت شدة الألم وتكراره مع زيادة في القيود التي يفرضها الألم على الانخراط في النشاطات اليومية والهوايات.

وفي دراسة قام بها كل من كلار ووكر وسميث Claar, Walker & Smith (2002)، لمعرفة أثر التقييمات المعرفية على خبرات القلق التوقعي والكرب الناتج عن القلق، وتأثير ما سبق على خبرات الأطفال في خلال الإجراءات الطبية، شملت عينة الدراسة (١٠٠) طفل تراوحت أعمارهم بين (٨-١٧) سنة. تم التعرف بواسطة التقارير الذاتية على المعلومات المتعلقة بالإجراء الطبي التي يعرفها الأطفال، وعن تقييمهم لهذا الإجراء. ومدى قدرتهم على التعامل معه، كما تم التعرف على قلق الحالة قبل الإجراء. أما مشاعر الكرب في خلال الإجراء الطبي فقد تم تقييمها من قبل الملاحظين. توصلت النتائج

إلى أن الأطفال الذين لديهم معلومات واضحة عن الإجراء الطبي يختبرون قلقاً أقل ذلك لأنهم يقيّمون هذا الإجراء على أنه أقل تهديداً.كما تبين أيضاً أن الانخفاض في مستوى القلق يقلل من مستويات الكرب الانفعالي وينتج عن هذا كله تدنٍ في مستويات الألم. تدعم هذه الدراسة فكرة أعطاء الأطفال معلومات عن الإجراء الطبي وتبني نموذج دعم يعتمد على تقييم الإجراء، وذلك لمساعدة الأطفال على فهم خبرة الألم وخبرة الإجراءات الطبية.

وبهدف تسليط الضوء على الصعوبات التشخيصية للآلام المتكررة وبالتحديد آلام البطن، قام الغافين (Alfven (2003، بدراسة شملت (١٠٠) طفل يعانون من آلام بطن متكررة تراوحت أعمارهم بين (٦–١٥) سنة، وقد تم تشخيصهم في المستشفى ولم يكن هنالك سبب عضوي يفسر هذه الآلام. تمت متابعة هؤلاء الأطفال لمدة عام من تاريخ التشخيص وتضمت المتابعة أستبانة نصف مقننة Semi– Structured ، وفحوصات مخبرية مبنية على معلومات طبية معيارية محدده. ولغايات الدراسة، اشتقت سبعة معايير وثلاثة افتراضات بنيت على قاعده الافتراض بإن الضغط السلبي المزمن يمكن أن يسبب الآم بطن متكررة، وتم استخدام هذه المعايير لتحديد وجود الآم نفس جسدية. أشارت نتائج الدراسة إلى أن (٤٨%) من عينة الدراسة يمكن تشخيص آلامهم على أنها نفس جسدية، بينما تم إيجاد سبب عضوي واحد بعد سنة من المتابعة لـ (٢٥%) من العينة. تبين أن هناك إحتمالاً لأن تكون أعراض ١٤ % من افراد العينة هي أعراض نفس جسدية. أما النسبة الباقية التي تشكل (٩%) من العينة فلم يتم إيجاد إي سبب يفسر اعراضها.

وفي دراسة تتبعية قام بها ملفيني ورفاقه (Mulveney, et al. (2006 أجريت على (١٣٥) طفلاً ومراهقاً تراوحت أعمارهم بين (٦–١٨) سنة واستمرت لمدة خمس سنوات وذلك للتعرف على مسارات الآم البطن المتكرر والعجز الناتج عن هذه الآلام، طور القائمون على هذه الدراسة نموذجاً يتضمن ثلاثة مسارات لتناسب معلومات الأعراض والعجز. أظهرت النتائج أن مسارين من الثلاثة مسارات أظهرا تحسناً طويل الأمد للأعراض والعجز وإبتدأ التحسن بعد ثلاثة أشهر وأستمر لمدة خمس سنوات بينما اتصف المسار الثالث بالارتفاع المستمر للأعراض والعجز عبر الخمس سنوات اللاحقة. وفي بداية الدراسة، أتصفت المجموعة المعرضة للخطر على المدى الطويل بإن أعراضها كانت أقل شدة لكن لديها مستويات عالية من القلق والاكتئاب وتدني في قيمة الذات المدركة وارتفاع في حوادث الحياة الضاغطة. كما أشارت النتائج إلى أن المسارين الأول والثاني الذين وصفا بأنهما الأقل خطراً على المدى الطويل

تضمنا نسبة أعلى من الذكور بينما كان للأناث النصيب الأعلى في المسار الثالث، وهذا يتماشى تماماً مع الدراسات السابقة التي أكدت على أن الأناث يحافظن على أعراضهن وآلامهن المتكررة في الغالب أكثر من الذكور. والاستنتاج الذي توصل إليها القائمون على هذه الدراسة هو ضرورة العمل على تصميم تدخلات علاجية تتضمن رفع قيمة الذات والتصدي للقلق والاكتئاب وتعليم الأطفال استراتيجيات التعامل مع الضغوط، وذلك لحماية هؤلاء الأطفال من استمرار الأعراض لديهم في مراحل الرشد، وبالتالي ليس في تطوير السلوك المرضي فقط إنما أيضاً في اضطراب الألم والجسدنه.

وفي عام (١٩٩٤)، تأسس في المانيا مركز رعاية نفس اجتماعي Psychosocial Primary Care (PPC) كانت مهمته تدريب الأطباء بواقع (٨٠) ساعة للدورة على التدخلات العلاجية النفسية للمرضى الذين يعانون من اضطراب الجسدنة واضطراب الألم وفي خلال السنوات العشر اللاحقة تدرب (٥٠%) من الأطباء العامين GP في المانيا في هذه المراكز.

وفي وقت لاحق، أجريت في ألمانيا أول دراسة ضابطة عشوائية تمت في خلالها المقارنة بين مجموعتين من المرضى الذين يعانون من أعراض تبدين بلغ عددهم (١٢٧) مريضاً وتلقوا العلاج من قبل مجموعتين من الأطباء، المجموعة الأولى تلقت تدريبها في المراكز النفس اجتماعية سابقة الذكر، والثانية استخدمت التدخلات النفس اجتماعية وبالتحديد إعادة العزو، ولم تتلق التدريب في هذه المراكز. اشارت النتائج إلى أن هناك أنخفاضاً بسيطاً في مستوى المتغيرات التي تمت دراستها وهي: الأعراض الجسدية والوظائف الجسدية والقلق والاكتئاب عند المجموعة الأولى بالمقارنة مع المجموعة الضابطة ولكن وبعد متابعتها لمدة ستة أشهر، تبين أن الانخفاض في مستوى القلق والاكتئاب اختفى إلا أن التحسن في مستوى الأعراض أستمر.

من هنا، خرج الباحثون بتوصيات مفادها أن حصول الأطباء على التدريب للقيام بالتدخلات النفس اجتماعية غير مجدٍ ذلك لأن قدراتهم على معالجة هذه الاضطرابات ذات الأساس النفسي غير كافية، وأن هذه المهمة يجب أن يقوم بها المعالجون النفسيون أنفسهم (Larisch &Schweick hardt & Fritzscher Wirsching, 2004).

وحديثاً أجرى الباحثون في جامعة فاندربليت Vanderbilt دراسة هدفت إلى التحقق مما ورد في أدب الموضوع وعلى مدى (٢٥) عاماً حول ارتباط الآم البطن والمعدة المتكرر مع الاكتئاب، إذا

افترضوا أن أعراض الأطفال المتكررة وبالتحديد آلام البطن والأمعاء ما هي إلا دلالة ومؤشـر واضـح على وجود اكتئاب عيادي عند هؤلاء الأطفال. شملت عينة الدراسة (٤٠٠) مريضٍ تراوحت أعمارهم بين (٨-١٧) عاماً، وكانت نسبة الإناث في العينة (٦٣%)، ويعانين جميعاً من آلام بطن متكررة ولمدة تزيـد على ثلاثة أشهر، كما يوجد أفراد في العينة يعانون من وجود ٧ أعراض أخرى في مناطق غير المعـدة والأمعاء. تم استخدام مقياس كوفكس للأكتئاب، تبين من النتائج أن (١٥%) من عينـة الدراسـة والـذين يعانون من الآم بطن متكررة لديهم أعراض اكتئابية عيادية و(٧٥%) من أفراد العينة الذين لديهم أعراض جسدية أخرى غير الآم البطن أيضاً ظهر لديهم أعراض أكتئابية عيادية. تؤكد هـذه النتـائج أن وجـود أعراض جسدية أخرى مرافقة لآلام البطن االتي قد تتطور إذا استمرت الأعراض لعدة سنوات، يُعـرض الأفراد لمخاطر تطوير اكتئاب عيادي (Litte & Williams, Puzanovava, Rudzinsk & Walker, 2007).

كما تبين من نتائج معادلة الإنحدار الخطي أن عوامل التقييم والتعامـل التـي تتنبـأ بمـستويات الأعراض الجسدية والوظائف النفسية هي متشابهة عند المجموعتين. وخرجت الدراسة بتوصيات مفادهـا أن نفس البرامج السلوكية المعرفية لمعالجة الألم فعالة بعض النظر عن اختلاف الثقافات.

أنطلقت دراسة ميرلجين ورفاقه Merlijn, et al. (2005) من خـلال توصـيات الكثيـر مـن الباحثين في موضوع الألم ومنهم تـشينين وتستـشلوم وزو Chesson, Chisholm, Zaw (2004) وبوين وجيلمان Bewen & Glemn (1998) و ايلجار وماك جـراث Elgar, McGrath (2003) إذ أكدوا جميعهم على أهمية التدخلات الإرشادية في علاج الآلام ولهذا الغـرض قامـة ميـرلجين ورفاقـه Merlijn, et al. بدراسة استطلاعية لتقييم فعالية برنامج سلوكي معرفي طبق على (٨) مراهقين تتراوح أعمارهم بين (٤-١٨) سنة يعانون من آلام مزمنة متكررة وليس لها سبب عضوي. استمر البرنامج لمدة (٩) أسابيع وهدف التدريب إلى تغيير السلوك المرضي من خلال التثقيف بالألم واستراتيجية الاسـترخاء العضلي وأسلوب حل المشكلات والتدريب التوكيدي وإعادة البناء المعرفي والتشجيع على الانخراط فـي النشاطات الجسمية. كما تم استدعاء الأهل وصديق مهم للمراهق وذلك من أجل تثقيفهم في مفهوم السياق البيئي لسلوك الألم. أشارت نتائج الدراسة إلى أن المراهقين شعروا بأن لديهم القدرة على السيطرة علـى الألم كما أبدى الوالدان مشاعر إيجابية تجاه تحويل دعمهم نحو مساعدة أطفالهم على السيطره على الألـم

وليس لتطوير سلوك الألم. كما بينت النتائج أن البرنامج كان له أثر واضح على تحسين شدة الألم وتغيير في نوعية الحياة وفي الاتجاه المطلوب.

ورد في أدب الموضوع أن أكثر الشكاوى تكراراً عند ألأطفال هي الآم البطن ومن ثـم الـصداع وآلام الظهر، ولقد أخذت ظاهرة آلام البطن عند الأطفال حيزاً كبيراً من كم البحوث. لكـن بالنـسبة لآلام الظهر، فإنه لم تجر دراسات للتعرف على مدى ارتباط هذه الآلام بمتغيـرات الدراسـة الحاليـة وبهـذا الخصوص ذكر كومباس وكاسكي(Combas & Caskey) في دراستهم عـام ١٩٩٧ أن تـشخيص ألام الظهر تغيّر عن سابقه إذ تلعب العوامل النفسية الاجتماعية دوراً كبيراً في نشوئها وتطورها والمحافظـة عليها. وبالنسبة للراشدين يذكر أدب الموضوع أن (٥٠–٧٠%) من الأشخاص يعانون في فترات حياتهم من آلام في أسفل الظهر و(٢٠%) من الآلام الحادة تتحول بسبب العوامل النفس اجتماعية إلـى متكـررة ومزمنة وتسبب عجزاً في جميع مناحي حياة هؤلاء الأفراد.

ركزت البحوث السابقة على العلاقة بين الضغوط عند الأطفال الذين يعانون من آلام بطن متكررة على مجمل حوادث الحياة السلبية. ولكن بالمقابل قامت ووكر وجيربير وسميث وفـان سـلايك وكـلار Walker, Garber, Smith, Vanslyke, Claar (2001)باستعمال التقارير اليوميـة للـضغوط عـن طريق المقابلة بالهاتف لـ١٥٤ مريضاً يراجعون العيادة الطبية في جامعة فانـدريلبث، ومقارنـة هـذه التقارير مع مثيلتها لـ١٠٩ طفلاً معافى. تبين أن الأطفال الذين يعانون من آلام بطن متكررة يتعرضـون لحوادث يومية ضاغطة في البيت وفي المدرسة بشكل أكثر من الأصحاء.

وعند إجراء تحليل إحصائي أوسع تبين أن الارتباط بين الضغوط اليومية والأعـراض الجـسدية كان دالاً إحصائياً بشكل أعلى عند مجموعة الأطفال المرضى منه عند الأصحاء. وبالعكس، فإن العلاقـة بين الضغوط اليومية والعاطفة السلبية لم تختلف بين المجموعتين. كما ان العلاقة بين الـضغوط اليوميـة والأعراض الجسدية كانت أقوى عند المرضى الذين يعانون من الآم متكررة ولديهم مستويات مرتفعة من سمة الوجدان السلبي.

وبالرغم من كون الآلام المتكررة شائعة في مرحلة الطفولة وغالباً ما تؤثر على الوظائف اليومية لهؤلاء الأطفال، إلا أن هناك شُحاً في الأدوات المتوفرة لقياس أثر الألم على هـذه الوظـائف وبالتحديـد المقاييس التي تستعمل لتحديد أهداف محددة للتدخلات ولقياس الاستجابة لها. ولهذه الغاية، أجرى بيلرومو

ويذرسبون وفالنزو و دورتار(Palermo, Witherspoon, Valenzuela & Drotar (2004 دراسة هدفت إلى التحقق من الخصائص السيكومترية للأداة التي قاموا بتطويرها وهي مقابلة القيود لنشاط الطفل (Child Activity limitation Interview CALI).

كما هدفت الدراسة إلى تحسين التقييّم على مستوى العجز الوظيفي الراجع إلى الآلام المتكررة في سن الطفولة والمراهقه، وبالتالي مقارنة هذه الأداة مع قائمة العجز الوظيفي. شملت عينة الدراسة ١٨٩ طفلاً ومراهقاً تراوحت أعمارهم بين ٨ –١٦ سنة. تم قياس شدة الألم والتعرف على المتغيرات الديمغرافية والقلق والاكتئاب والعجز الوظيفي. وبعد شهر من تطبيق المقياس، اختير ٤٧% من العينة الأصلية وتم تطبق مقياس مقابلة القيود لنشاطات الطفل وقياس شدة الألم، وأيضاً سجل الأطفال القيود التي فرضوها على أنفسهم على مفكرة يومية. تبين من النتائج أن هذا المقياس تمتع بخصائص سيكومترية عالية جداً، كما اعتبر مقياساً واعداً بخصوص تقييم ومراقبة التقارير الذاتية للعجز الوظيفي لأطفال المدارس الذين يعانون من آلام متكررة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل مجتمع وعينة الدراسة وأدوات الدراسة المختلفة بوصف يتضمن إجراءات تطويرها وخصائص صدقها وثباتها والإجراءات التي تم اتباعها للقيام بها.

مجتمع الدراسة والعينة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الطلاب والطالبات في مدارس عمان الخاصة ذكوراً وإناثاً من الصفوف الرابع و حتى السادس ممن تراوحت اعمارهم من (٩-١٢) سنة و المنتظمين في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ٢٠٠٦-٢٠٠٧ و البالغ عددهم ٤٣٤٧٣. حيث تم اختيار ما نسبته ٥% من أفراد هذا المجتمع ليشكلوا عينة لدراسة استطلاعية وذلك لقياس درجة المعاناة من الألم لديهم، حيث تم اختيار أفراد العينة بالطريقة العشوائية البسيطة باعتبار المدرسة وحدة اختيار، بلغ عدد المدارس التي تتضمن الطلاب والطالبات التي تتحقق عليهم معايير الدارسة المتعلقة بالصفوف الرابع والخامس والسادس ابتدائي ٤٣٩ مدرسة، تم الاختيار العشوائي لـــ٢٢ مدرسة منها تمثل العينة الاستطلاعية. تكونت العينة الاستطلاعية من ٣٢٠٤ طالباً وطالبة تم اعتبار جميع الأفراد الذين تم التأكد من معاناتهم للألم كأفراد في الدراسة. ولكن تحدد العدد النهائي لعينة الدراسة بناء على رغبة الأهالي باشتراكهم وأطفالهم كعينة للدراسة.

عينة الدراسة الاستطلاعية:

تم توزيع الاستبانات على الطالبات والطلاب من جميع الصفوف من الرابع إلى السادس الإبتدائي والذين تراوحت أعمارهم من ٩-١٢ سنة والملتحقين في المدرسة لذلك اليوم أي يوم التطبيق وقد كان العدد الإجمالي ٣٢٠٤ طالباً وطالبة. ومن ثم طبق عليهم استبيان تم اعتماده من منظمة الصحة العالمية لقياس مدى تكرار الالام الجسدية (آلام الظهر وآلام المعدة والأمعاء وآلام في الرأس) عند طلاب المدارس اذ استخدم هذا الاستبيان في مسح وطني شامل لدراسة السلوك الصحي لطلاب المدارس في عدة بلدان منها السويد وايسلندا وهولندا وألمانيا و أخيرا الولايات المتحدة (Peterson, et al.,2006).ملحق رقم(١)

وذلك بغرض التشخيص والتعرف على الحالات التي تعاني من آلالام المتكررة وتحقق معايير اعتبارها جزءاً من العينة النهائية للدراسة.

ويبين الجدول (١) نتائج هذا المسح موضحاً فيه نسب انتشار وتكرار الشكاوى الجسدية

الجدول ١. نسب انتشار وتكرار الشكاوى الجسدية

			شدة الأم/ الآم البطن والمعدة		المجموع
			شديدة/شديدة جداً	**خفيفة/ خفيفة جداً**	
العدد	غير متكررة	نوع الألم/الآم البطن والمعدة	٣٨٣	٢٠٢٠	٢٤٠٣
المجموع%			١٢,٠	%٦٣,٠	%٧٥,٠
العدد	متكررة		٤٦٢	٣٣٩	٨٠١
المجموع%			%١٤,٤	%١٠,٦	%٢٥,٠
العدد	المجموع		٨٥٤	٢٣٥٩	٣٢٠٤
المجموع%			%٢٦,٤	%٧٣,٦	%١٠٠,٠
			شدة الألم/ الآم الظهر		**المجموع**
			شديدة/شديدة جداً	**خفيفة/خفيفة جداً**	
العدد	غير متكررة	نوع الآلم/ الآم الظهر	١٤٢	٢٦٢١	٢٧٦٣
المجموع%			%٤,٤	%٨١,٨	%٨٦,٢
العدد	متكررة		٢٤٧	١٩٤	٤٤١
المجموع%			%٧,٧	%٦,١	%١٣,٨
العدد	المجموع		٣٨٩	٢٨١٥	٣٢٠٤
المجموع%			%١٢,١	%٨٧,٩	%١٠٠,٠
			شدة الألم/ الآم الرأس الصداع		**المجموع**
			شديدة/شديدة جداً	**خفيفة/ خفيفة جداً**	
العدد	غير متكررة	نوع الآلم/ الآم الرأس الصداع	٣٢٩	١٧٤٨	٢٠٧٧
المجموع%			%١٠,٣	%٤٥,٦	%٦٤,٩
العدد	متكررة		٧٧٦	٣٤٩	١١٢٥
المجموع%			%٢٤,٢	%١٠,٩	%٣٥,١
العدد	المجموع		١١٠٥	٢٠٩٧	٣٢٠٤
المجموع%			%٣٤,٥	%٦٥,٥	%١٠٠,٠

يشير الجدول (١)إلى أن ١٢% من أفراد عينة المسح التشخيصي يعانون من آلام بطـــن شـــديدة وشديدة جداً وتتكرر مره في الشهر. أما الأفراد الذين يعانون من آلام شديدة وشديدة جداً وتتكرر مرة في الأسبوع أو أكثر فكانت ١٤,٤%. كما يشير الجدول (١) إلى أن4,4% من الأفراد يعانون مـــن آلام فـــي

أسفل الظهر شديدة وشديدة جداً وتكرر بنسبة مرة بالشهر. أما الأفراد الذين يعانون من آلام ظهر شـديدة وشديدة جداً وتتكرر مرة في الأسبوع أو أكثر يوم فكانت نسبته ٧،٧%.

أما بالنسبة لآلام الرأس، فلقد تبين من الجدول (١) أن ١٠,٣% من الأفراد يعانون من آلام فـي الرأس شديدة وشديدة جداً وتتكرر مرة كل شهر في حين يعاني ٢٤,٢% من الأفراد من آلام في الـرأس شديدة وشديدة جداً وتتكرر مرة كل أسبوع أو أكثر.

وفي ضوء نتائج هذا المسح، فقد اعتبرت عينة الدراسة، الأطفال الذين يعانون مـن آلام شـديدة وشديدة جداً (في الرأس والظهر والبطن) وبنسب تكرار مرة في الأسبوع أو أكثر حيث بلغ عدد أفرادهـا ١٤٨٥.

ولما كانت الدراسة تقتضي مشاركة وتعاون الأسرة وخاصة الأم، فقد كان من الضروري اعتبار عينة الدراسة الفعلية هم الأطفال الذين وافقت أسرهم على مشاركة الأمهات في الدراسة. والبالغ عـددهم (٦٦٠) أماً وفي ضوء هذه الموافقة، وبعد استبعاد (٢١٠) استبانة وذلك لعدم توافر الشروط اللازمة مـن حيث تعبئة جميع فقرات المقياس الواحد وجميع المقاييس البالغ عددها خمسة مقاييس للأم وثلاثة مقـاييس بالنسبة للطفل فلقد بلغ العدد النهائي للعينة (٤٥٠) طفلاً اعتبروا هم حجم العينة الفعليـة للدراسـة. كمـا اعتبرت امهاتهم جميعاً عينة الأمهات وبلغ عددها (٤٥٠) أماً أيضاً.

أدوات الدراسة:

استخدمت في هذه الدراسة مجموعة من المقاييس بغرض قياس متغيراتها وفيما يلي وصف لكـل منها وخصائص صدقها وثباتها ووصف لإجراءات تكيّيف الأدوات.

١)قائمة إضطراب الجسدنة للأطفال Children Somatization Inventory (Garber,Walker, Zeman.1991) ملحق (٢)

تم استخدام هذه القائمة لتقييم الشكاوى والآلام (أي الأعراض) التي يعاني منها الأطفـال كأحـد أهم النتائج لسلوك الألم عند الأطفال. تم تطوير القائمة من قبل جيربير ووكر وزيمان (Garber,Walker, Zeman,1991). وتتضمن ٣٥ عرضاً أشتقت من معايير اضطراب التجسّد أو التبدين كما ذكر في دليل

الإحصاء والتشخيص الأمريكي الرابع ومن عوامل التجسد من قائمة شطب هوبكنز للأعراض(Hopkins Symptom Check List).

يقاس كل عرض بـــ٥ فقرات ذات تدرّج خماسي يحدد مدى إنزعاج الطفل من الأعراض خـــلال الأسبوعين المنصرمين وعلى النحو التالي:-

كثير جداً ويعطى الدرجة (٤) كثير ويعطى الدرجة (٣) قليل ويعطى الدرجة (٢) نادر ويعطـــى الدرجة(١) أبداً ويعطى الدرجة (صفر)

حقق المقياس في صورته الأصلية دلالات صدق عالية، فقد تم التحقق من الصدق بدلالة المحـــك عن طريق ارتباطه مع مقاييس افترض أدب الموضوع أن لها ارتباط مع هـــذا المقيـــاس وهمـــا القلـــق والاكتئاب وتم استعمال إجراء بونفيروني (Bonferrnoi) وكانت معاملات الإرتباط ذات دلالة إحصائية وهي كالتالي:_ (٠,٤٧، ٠,٦٠).

بالنسبة إلى الصدق التلازمي، فلقد أظهرت نتائج أرتباط الأداة مـــع مقـــاييس أخـــرى للـــشكاوى الجسدية أن معامل الإرتباط دال إحصائياً وبقيمة ٠,٩٣.

أما في ما يتعلق بالثبات فلقد تراوح معامل ألفا ما بين (٠,٨٨ – ٠,٩٣)، كما تم قيـــاس الثبـــات بواسطة اختيار إعادة الاختيار بعد أسبوعين ومن ثم بعد ستة أشهر وكانت معـــاملات الإرتبـــاط بينهمـــا (٠,٤٣، ٠,٥٧) (Walker, Garber, Vanslyke & Greene, 1995).

إجراءات تعريب وتكييف القائمة

أ) الصدق الظاهري/ الصدق المنطقي

تمت ترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية وعرضه في البداية على مجموعة من الأطفال مكونـــة من ٥٠ طفلاً من الصفوف الرابع والخامس والسادس الإبتدائي من اجل الحصول على فكرة مبدئية لمدى فهم الطلاب لفقرات المقياس ومدى مناسبة المفردات لمستواهم المعرفي وللبيئة الأردنية. تم إجراء تعديل بعض الكلمات مثل " كتلة في الحلق" إلى " غصة في الحق". ومن ثم تـــم عرضـــه علـــى (٥) محكمـــين

مختصين في مجال الإرشاد وعلم النفس وذلك من اجل الحصول على الصدق المنطقي فيما يتعلق بسلامة اللغة ودقة التعبير. اعتمد ما نسبته ٨٠% لإعتماد الفقره أو تعديلها وتم استبدال بعض الكلمات وتغيير صيغة بعض الجمل ولقد وافق (٤) من المحكمين على اعتماد الفقرات بشكلها النهائي.

ب) الصدق بدلالة المحك

تم فحص الصدق بدلالة المحك عن طريق فحص ارتباط الأداة بمقاييس أخرى تم الافتراض في أدب الموضوع أن لها علاقة مع الشكاوى الجسدية، وهي قائمة كوفكس Kovacs للإكتئاب وقائمة القلق لسبلبيرغير Spielberger، (غيشان، ١٩٩٥) وجدير بالذكر ان هذين المقياسين كان قد تم استخراج الصدق والثبات لهما سابقاً عن طريق الباحثة في رسالة الماجستير.ويتمتعان بدرجة مناسبة من الصدق والثبات.

تم تطبيق قائمة اضطراب الجسدنة، وقائمة الإكتئاب لكوفس، وقائمة القلق لسبلبيرغير على عينة مكونه من (٦) شعب صفية تمثل الصف الرابع والخامس والسادس الإبتدائي لمدرسة خاصة خارج عينة الدراسة، وكان عدد الطلاب في هذه الشعب (١٢٠) طالباً وطالبة، وتم استثناء (٢٠) استبانة لعدم توافر الشروط اللازمة في تعبئتها.

تم احتساب معاملات الإرتباط بطريقة بيرسون بين مقياس اضطراب الجسدنه والقلق والاكتئاب، وبلغت قيمة معاملات الارتباط ٠،٦٦ ، ٠،٧٦ و ٠،٧٧ ، وتشير هذه المعاملات إلى أن المقياس يتمتع بصدق مناسب يمكن الاعتماد عليه من أجل استخدامه في هذه الدراسة.

ثبات الأداة

ولغايات التوصل إلى قيم ثبات الأداة، تم استخدام نفس استبانات الصدق للأطفال، ومن ثم تم احتساب الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا وكان معامل ألفا (٠,٩٠٢) ويعتبر معامل الاتساق هذا مقبولاً لغايات الدراسة.

تصحيح الأداة

للحصول على درجة للمفحوص على هذا المقياس، تم رصد مجموع درجات الفقــرات والدرجــة العالية تشير إلى تكرار الشكاوى الجسدية عند المفحوص.

٢) قائمة إضطراب الجسدنة للراشدين Adult Somatization Inventory (Garber, Walker, Zeman,1991) ملحق رقم (٣):

تستعمل هذه القائمة لتقييم الشكاوى والآلام (أي الأعراض) التي تعاني منهــا الأمهــات كأحــد المتغيرات في نموذج تأثيرات الأمهات. تم تطوير القائمة بصورتها الأصلية من قبــل جيربيــر ووكــر وزيمان (Garber, Walker, Zeman,1991).

تتضمن القائمة ٣٥ عرضاً اشتقت من معايير اضطراب التبدين (التجسد) كما ذكــر فـــي دليــل الإحصاء والتشخيص الأمريكي الثالث، وأيضاً من عوامل التجسد من قائمة شطب هــوبكنز للأعــراض (Hopkins Symptom Check List).

يقاس كل عرض بـــ٥ فقرات ذات تدرج خماسي يحدد حدوث العرض ومدى إنزعاج الفرد منـــه على النحو التالي: كثير جدا ويعطي الدرجة (٤) كثير ويعطي الدرجة (٣) قليل ويعطي الدرجة (٢) نادر ويعطي الدرجة (١)ابداً ويعطي الدرجة (صفر).

يشبه المقياس بصورته الحالية مقياس إضطراب الجسدنة للأطفال عدا كونه يسأل الأمهات عــن مدى إصابتهن بالأعراض خلال السنة الماضية وليس الأسبوعان الماضيين.

حقق المقياس في صورته الأصلية دلالات صدق عالية، فقد تم التحقق من الصدق بدلالة المحــك عن طريق ارتباطه مع مقاييس ذات علاقة وهي القلق والإكتئاب وكانت معاملات الإرتبــاط ذات دلالــة إحصائية وهي كالتالي (٠,٤٣ ، ٠,٦٠). أما الصدق التلازمي فقد أظهرت نتــائج إرتبــاط الأداة مـــع مقاييس أخرى للشكاوى الجسدية أن المقياس يتمتع بمعامل إرتباط دال إحصائياً وبقيمة ٠,٨٥.

فيما يتعلق بالإتساق الداخلي، فلقد كان معامل ألفا ٠,٨٩ ويعتبر مستوى إتساق عالٍ.

كما أظهرت نتائج التحليل العاملي للعوامل الأربعة المنفصلة التي برزت أنها متسقة مع التصنيفات الأربعة الأولى والتي تحدد إضطراب التجسّد في دليل الإحصاء والتشخيص الأمريكي الثالث. هذه النتيجة تضيف دعماً لصدق المقياس كمؤشر لوجود أعـراض التجـسّد أو الأعـراض الجـسدية (Walker et al.,1991).

إجراءات تعريب وتكييف القائمة

أ) الصدق المنطقي

تمت ترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية ، ومن ثم تم عرض الأداة علـى (٥) محكمـين مـن المختصين في مجال الإرشاد وعلم النفس وذلك للحصول على الصدق المنطقي فيما يتعلق بسلامة اللغـة ودقة التعبير، اعتمد ما نسبته ٨٠% لإعتماد الفقره أو تعديلها وتم استبدال بعض الكلمات وتغيير صـيغة بعض الجمل ولقد وافق (٥) محكمين على اعتماد الفقرات بشكلها النهائي.

ب) الصدق بدلالة المحك

تم فحص الصدق بدلالة المحك عن طريق فحص إرتباط هذه الأداة بمقاييس أخرى تم الافتراض في أدب الموضوع أن لها علاقة بهذه الأداة وهي قائمة الإكتئاب لبيك Beck وقائمة القلق للراشدين ويذكر أنه كان قد تم تكييف الأداتين مع البيئة الأردنية وتتمتعان بدرجة مناسبة من الصدق والثبات إذ بلغ معامل الثبات لمقياس القلق (٠,٨٢) وأما معاملات ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية فكانت جميعها فوق (٠,٣٠) أما قائمة الاكتئاب فلقد تراوح معامل الثبات بين (٠,٣٧ – ٠,٩٢). وفيما يتعلق بـصدق المقيـاس فلقـد تراوحت معاملات ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية بين (٠,٣١–٠,٥٨) وهذا يشير إلى صـدق المقيـاس (الشيخ، ٢٠٠٥).

تم تطبيق قائمة الأعراض الجسدية، وقائمة الاكتئاب للراشدين، وقائمة القلق للراشـدين (الـشيخ، ٢٠٠٥)، على عينة مكونة من (١٠٠) أم من خارج عينة الدراسة وكن أمهات لـديهن أطفـال تتـراوح أعمارهم بين (٩–١٢)، سنة.

تم احتساب معاملات الإرتباط بطريقة بيرسون بين مقياس اضطراب الجسدنة والقلق والاكتئــاب، وبلغت قيمة معاملات الارتباط ٠,٥٩ ، ٠,٥١ و ٠,٥٠، وهذه القيم تشير إلى الأداة تتمتــع بــصدق واف يمكن الاعتماد عليه من أجل استخدامه في هذه الدراسة.

ثبات الأداة

ولغايات التوصل إلى قيم ثبات الأداة، تم استخدام نفس استبانات الصدق للراشدين ومــن ثــم تــم احتساب الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا وكان معامل ألفا (٠،٩٢) ويعتبر معامل الاتــساق هذا مقبولاً لغايات الدراسة.

تصحيح الأداة

للحصول على درجة للمفحوص على هذا المقياس ثم رصد مجموع الدرجات الفقرات والدرجــة العالية تشير إلى تكرار الشكاوى الجسدية عند المفحوص.

٢) مقياس تأثير صورة المرض Sickness Impact Profile(SIP)

(Bergner, Bobbitt & Carter, Gilson, 1981) الملحق (٤)

تم استخدام مقياس تأثير صورة المرض وهو عبارة عن تقدير ذاتي يستعمل بشكل واسع في مجال تقييم الإعاقة المرتبطة بالصحة، ولقد استعمل في هذه الدراسة لقياس العجز الذي تظهره الأمهات نتيجــة لإصابتهن بآلام متعددة. تم تطويره من قبل بيرجيز وبوبيت وكــارتير وجــيلس Bergner, Bobbit & Carter, Gilson (1981). يتألف المقياس بصورته الأصلية من عدة أبعاد تقيس التغيرات الحاصلة فــي السلوك نتيجة للمرض، ولقد تم اختيار ٤٧ فقرة تنتمي إلى اربعة مجالات هي:

أ- التفاعلات الاجتماعية ب- السلوك الإنفعالي

ج- السلوك المتعلق بأوقات الفراغ والتسلية. د- السلوك المتعلق بإدارة المنزل.

تم اختيار هذه الإبعاد فقط لأن الطفل يستطيع ملاحظة هذه الأنماط في سلوك الأمهات. كما تم التأكد من الدراسات السابقة وبالأخص تلك المتعلقة بالسلوك المرضي عند الأطفال وعلاقته بسلوك الأمهات المرضي أنه كان قد تم استعمال تلك الأبعاد فقط(Crane& Martin , 2002).

تجيب الأمهات على الجمل التي تصف التغير الذي حصل على السلوك أو النشاط بسبب المرض في الأسبوعين الماضيين بنعم أو لا.

أظهرت الأداة بصورتها الأصلية دلالات ثبات عالية إذ تمت إعادة الاختبار بعد ٤٨ ساعة من الاختبار الأول وكانت قيمة ألفا للإبعاد كالتالي ٠,٧٢– ٠,٩٢، كما أظهرت نتائج اختبار الإتساق الداخلي أن لها دلالة إحصائية عالية إذ كانت قيمة الفا ٠,٩٤. تم استخراج الصدق التلازمي عن طريق فحص إرتباط المقياس مع التقارير الذاتية للعجز وكانت كالتالي (٠,٦٩ – ٠,٦٣).

كما تم التحقق من الصدق التمييزي عن طريق تطبيق المقياس على ثلاث مجموعات، الأولى تعاني من أمراض في العظام والمفاصل والثانية لا تعاني من أعراض صحية والثالثة تراجع مركزاً للعلاج الوظيفي، وكانت النتائج دالة إحصائياً.

أما فيما يخص الأداة بالصورة التي استخدمت في هذه الدراسة، فلقد أجرت ووكر ورفاقها (Walker,et al. (1995 دراسة عن العجز الوظيفي عند الأمهات ولقد استعملت القائمة المعدله التي استخدمت في هذه الدراسة، وذكرت أن هذه القائمة تتمتع بمعاملات ثبات عالية إذ كانت قيمة ألفا ٠,٨٤. للمقياس أما الإتساق الداخلي للأداة فلقد كان للأبعاد الأربعة كالتالي: ٠,٨٠، ٠,٨٢، ٠,٨٧، ٠,٧٧ وذلك باستعمال معادلة كرونباخ.

بالنسبة إلى الصدق بدلالة المحك، فلقد تم فحص إرتباط الأداة بأدوات ومقاييس أخرى تم الأفتراض أن لها علاقة بمنشأ العجز وبأستعمال معامل إرتباط بيرسون وكانت نتائج الفحص للمقياس كالتالي ٠,٥٠، ٠,٥٦ أما الصدق التنبؤي، فلقد وجد أن هذا الأداة تستطيع أن تكون منبأ جيداً للألم .(Bergner, et al.,1981)

إجراءات تعريب وتكييف المقياس

أ) الصدق المنطقي

تمت ترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية وعرضها في البداية على (٥) محكمين مختصين في مجال الإرشاد وعلم النفس وذلك من أجل الحصول على الصدق المنطقي فيما يتعلق بسلامة اللغة ودقة التعبير. تم تغيير بعض الجمل مثل " قمت بأعمال" إلى " مارست بعض الأعمال"، اعتمد ما نسبته ٨٠% لإعتماد الفقره أو تعديلها. ولقد وافق (٤) محكمين على اعتماد الفقرات بشكلها النهائي. من أجل الحصول على الصدق الظاهري تم عرض القائمة على مجموعة صغيرة من الأمهات (٣٠) أمًّا تتراوح أعمارهن بين ٣٤- ٤٥ عاماً لمعرفة مدى مناسبة فقراتها مع البيئة الأردنية. ولقد وافقت جميع الأمهات على مناسبة هذه الفقرات ولم يتم ذكر أي ملاحظة تتعلق بنوعية النشاطات.

ب) الصدق التمييزي

ومن أجل التحقق من الصدق التمييزي للمقياس تم تطبيق المقياس على ثلاث مجموعات:

المجموعة الأولى:- (انتظار) تكونت من ٣٠ أماً ينتظرن في العيادة ويعانين من أمراض لها علاقة بالعظام والمفاصل من أمراض متعددة.

المجموعة الثانية:- (أصحاء) تكونت من ٣٠ أماً لا تعانين من أية أعراض.

المجموعة الثالثة:- (المركز التأهيلي) تكونت من ٣٠ أماً يراجعن مركزاً للعلاج الوظيفي.

تم استخدام تحليل التباين الأحادي لفحص دلالة الفروق في درجات القائمة حسب المجموعة. والجدول (٢) يبين المتوسطات والإنحرافات المعيارية، كما يبين الجدول (٣) نتائج تحليل التباين.

الجدول ٢. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الامهات على قائمة تأثير صورة المرض

	متوسط	إنحراف معياري
الأنتظار (1)	٥٣,١٩٣٥	١٥,٦٦٤٠١
الأصحاء (2)	١٤,٨٦٦٧	٩,٩٧٤٩١
المركز التأهيلي (3)	٦٢,٢٥٠٠	١٢,١٢١٦٤
المجموع	٤١,٢٣٤٦	٢٤,٢٨٠٢٨

الجدول ٣. تحليل التباين الأحادي للفروق في درجات قائمة تأثير صورة المرض حسب مستوى العجز

	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٣٤١٢٤,٤٨٨	٢	١٧٠٦٢,٢٤٤	١٠٢,٠٧٥	٠,٠٠٠
داخل المجموعات	١٣٠٣٨,٠٥٥	٧٨	١٦٧,١٥٥		
المجموع	٤٧١٦٢,٥٤٣	٨٠			

* دال إحصائياً عند مستوى أقل من ٠,٠٥%.

تبين من الجداول (٢ ، ٣) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 حيث بلغت قيمة ف ١٠٢,٠٨، وبينت نتائج اختبار توكي للمقارنات البعدية أن هناك فروقاً بين كل مجموعتين، وبينت المتوسطات أن أقل درجة لتأثير صورة المرض هي لمجموعة الأصحاء حيث بلغ متوسط هذه المجموعة ١٤,٨٤ ثم لمجموعة الانتظار حيث بلغ المتوسط الحسابي لهم ٥٣,١٣ ثم مجموعة المرضى الذين يراجعون مركز للتأهيل الوظيفي حيث بلغ المتوسط الحسابي ٦٢,٢٥. وتظهر المتوسطات أن درجات الأفراد الأصحاء هي الأقل، ثم مجموعة الانتظار، ثم المجموعة التي تراجع المركز التأهيلي وهذا يشير إلى صدق الأداة.

ثبات الأداة:

لأغراض استخراج ثبات قائمة تأثير صورة المرض، تم تطبيق القائمة على مجموعة مكونة من (٩٠) اماً ثم أعيد تطبيقه على نفس المجموعة بعد ٤٨ ساعة. وتم احتساب معامل الإرتباط بين درجات الأمهات في التطبيق الأولي والإعادة، وقد بلغت قيمة معامل الإرتباط ٠,٩٦ وهي تشير إلى درجات ثبات مرتفعة ومقبولة لغايات الدراسة.

تصحيح الأداة:

تم إعطاء الرقم (٠) للإجابة التي تأخذ كلمة لا والرقم (١) للإجابة التي تأخذ كلمة نعم،تم رصد مجموع الدرجات الكلية للحصول على درجة المفحوص الكلية لمقياس تأثير صورة المرض. ولغايات احتساب الدرجات الأمهات على متغير الأعراض والعجز تم احتساب درجة معيارية واحدة للقائمتين: قائمة اضطراب الجسدنة للراشدين وقائمة تأثير صورة المرض والدرجة الكلية تشير إلى السلوك المرضي الوالدي.

٤) قائمة استجابات الأمهات لسلوك الألم عند الأطفال (Walker,Zeman,1992) ملحق (٥)

تستخدم هذه القائمة المكونة من ٣٣ فقرة والتي تم تطويرها من قبل ووكر وزيمان Walker & Zeman لغايات دراسة السلوك المرضي لدى الأطفال، تعبرالفقرات عن استجابات الأمهات لسلوك الألم في فترات ألم أطفالهن. تقاس كل فقره بواسطة مقياس متدرج مكون من خمس فقرات تحدد مدى إنطباق الفقره على المستجيب على النحو التالي:

دائماً وتعطى الدرجة (٤) في مرات كثيرة وتعطى الدرجة (٣) في بعض الأوقات وتعطى الدرجة (٢) في مرات قليلة وتعطى الدرجة(١) أبداً وتعطى الدرجة (صفر).اشتقت ١١ فقره من هذه الأداة من قائمة الألم متعددة الإتجاهات (ويست هيفن/ بيل) (Multidimensional Pain Inventory– West (Kerns & Rosenberg,1995)(Haven-Yale -WHYMPI

والأبعاد الفرعية لهذه الأداة تُقيم ثلاثة أنواع من استجابات أشخاص مهمين لسلوك الألم عند الراشدين وهي: الاستجابات الرعوية واستجابات المراقبة / التشتيت والاستجابة الثالثة هي التقليل/ السلبية.

تم تغيير صيغة الاستجابات لتناسب التفاعل بين الأم – والطفل وليس بين الراشدين، ثم تم إضافة ١٠ فقرات أخرى تم اشتقاقها من مقياس تشجيع الألم لـــووكر وزيمـــان (Walker & Zeman (1992 Behavior Encouragement Scale(IBES). يقيّم هذا المقياس المدى الذي يشجع فيه الأهل ويعـــزز الشكاوى الجسدية والدور المرضي للأطفال.

أما الأثنتا عشرة فقرة المتبقية، فلقد أضيفت بناء على المقابلات الإكلينيكية مع العائلات والأطفال ومتابعة نوع التفاعلات الحاصلة خلال فترة الألم.

اظهر التحليل العاملي الإستكشافي للقائمة باستعمال التدوير المتعامد بطريقة فارمكس(Varimax rotation) لكايزر (Kaiser) إن بنود المقياس أظهرت تشبعاً جيداً لكل عامل من عوامل المقياس الثلاثة. أما نسبة التباين المحسوبة لكل من العوامل الثلاثة فلقد كانت ٠,٢٢، ٠,٠٩، ٠,٠٨

ذكرت ووكر Walker أنه وبناء على نتائج التحليل العاملي، فإن العامل الأول يقيس استجابات الأمهات التي تعزز أو تكافئ سلوك الدور المرضي خلال فترات الألم. وهذه الاستجابات تتضمن السماح للأطفال بأخذ امتيازات أو التخلي عن المسؤوليات. أما الفقرات المتشبعة على العامل الثاني فإنها تقّيم الاستجابات التي تتميز بالإنتباه أو المراقبة لأعراض الأطفال والجهود لتشتيت إنتباه الأطفال بعيداً عن الألم. وبالنسبة لفقرات العامل الثالث فيبدو أنها تقّيم استجابات الأمهات التي تقلل من عجز أطفالهن.وبالتالي تبين أن العامل الأول يقيّم الاستجابات الرعوية أما العامل الثاني فيقيّم استجابات المراقبة/ التشتت أما العامل الثالث فيقيّم استجابات التقليل / السلبية. وهذا تماماً يتشابه مع مقياس قائمة الألم متعددة الاتجاهات WHYMPI- PRRS. (Walker,Zeman,1992)

إجراءات تعريب وتكييف القائمة

أ)الصدق الظاهري

تمت ترجمة الأداة إلى اللغة العربية ومن ثم تم عرضها على مجموعة من الأمهات (٤٠) أماً تتراوح أعمارهن ما بين ٣٥ –٤٠ عاماً ولديهن أطفال تتراوح أعمارهم ما بين ٩ –١٢ عاماً، وذلك للتأكد من مدى مناسبة هذه الاستجابات مع البيئة الأردنية، ولقد أكدت جميع الأمهات على مناسبة الاستجابات المذكورة في القائمة. ثم تم عرض الأداة على (٥) محكمين في مجال الإرشاد وعلم النفس وذلك من أجل الحصول على الصدق المنطقي للأداة فيما يتعلق بسلامة اللغة ودقة التعبير ومناسبتها للبعد

الذي تقيسه. اعتمدت ما نسبته ٨٠% لإعتماد الفقره أو تعديلها وتم استبدال بعض الكلمات وتغيير صيغة بعض الجمل ولقد وافق (٤) محكمين على اعنماد الفقرات بشكلها النهائي.

وقد ذكر أحد المحكمين أن هناك فقرات قد تنتمي إلى أكثر من بُعد لذا، تمت مراجعة دراسات متعلقة بهذا الموضوع ولقد أفادت في معظمها أنه الممكن أن يتم تفسير أو إدراك بعض الفقرات على أنها مراقبة أو تعزيزأو رعوية، بناءً على طريقة الأم في الاستجابة وتعابيرها الانفعالية (Peterson, et al., 2004; Walker, et al., 2006) ومنها فقرة (٤، ٦، ٩، ١٥،١٢).

ولقد تقرر الأخذ بهذه الملاحظات بعد إجراء التحليل العاملي واستبعاد الفقرات من علامات الأداة الفرعية التي تتشبع على عاملين.

الصدق العاملي (صدق البناء)

للتحقق من صدق المقياس، تم استخدام التحليل العاملي وذلك بتطبيق المقياس على (٣٥٠) أماً لديهن أطفال تتراوح أعمارهم ما بين ٩ –١٢ عاماً وكن خارج عينة الدراسة. حيث تم إرسال الإستبانات من خلال توزيعها على أطفالهن في المدرسة ولقد تم اختيار مدرستين الأولى خاصة والثانية حكومية ومن خارج عينة الدراسة.

ويظهر الجدول (٤) معاملات تشبع فقرات مقياس استجابة الأم لسلوك الالم عند الطفل.

الجدول ٤. معامل التشبع لكل عامل من فقرات مقياس استجابة الأم لسلوك الآلم عند الطفل.

البعد	رقم الفقرة	العامـــل		
		١	٢	٣
البعد رقم (١) الاستجابات الرعوية	٢٢	,٧٥		
	٢٦	,٦٧		
	٩	,٦٤	,٣٦	
	١٠	,٦٣		
	١٩	,٦١		
	٢٧	,٥٩		
	٣	,٥٧		
	١٣	,٥٧		
	١٦	,٥٦		
	٢٤	,٥٣		
	١٨	,٥٢		
	١٥	,٥١	,٣٦	
	٢٠	,٤٩		
	٢٣	,٤٠	,٣٦	
	٨	,٣٩		
	٦	,٣٥		
	٣٠	,٤٤		,٤٢
البعد رقم (٢) استجابات التشتت – الانتباه	٧		,٧٥	
	١		,٦٩	
	٥		,٦٩	
	٣١		,٦٤	
	١٢		,٥٨	
	١٤		,٥٦	
	٣٣		,٥٣	
	٢٨		,٥٠	
	٤	,٤٠		,٤٠
البعد رقم (٣) استجابات التقليل السلبية	٢			,٦٩
	٢١			,٦٨
	١١			,٦٢
	٢٥			,٦٠
	١٧			,٥٢
	٢٩			,٤٦

اظهر التحليل العاملي الإستكشافي للقائمة إن بنود المقياس أظهرت تشبعاً جيداً لكل عامـــل مـــن عوامل المقياس الثلاثة ولقد اعتبرت الدرجة ٠,٣٠ أو اكثر مقبولة (Walker et al., 1997).

لقد تم استبعاد الفقرات الأربعة التي أظهرت تشعباً على العاملين الأول والثاني وهما الاستجابات الرعوية واستجابة التشتت/ المراقبة إذ كان هناك تناقض في الأدب المنشور على البعد التي تنتمي إليه ولم تحسب ضمن درجات المقياس الفرعية وهي الفقرات التالية:

أقضي وقتاً طويلاً مع طفلي(٩)، أطلب الطبيب أو اصحبه للعيادة(١٥)، أنزعج كثيراً على طفلي(٢٣)، أحاول أن أجعل طفلي يستريح(٤). أما الفقره التي تم تشبعها على عاملي الاستجابة الرعوية واستجابات التقليل وهي السماح للطفل بالهروب من عقاب مترتب على قيامه باشياء في العادة ممنوعة(٣٠). تم احتسابها مع علامات الاستجابة الرعوية ذلك لأن هناك اتفاقاً تاماً في الأدب على انتمائها لبعد الاستجابة الرعوية وبالتالي أصبح عدد فقرات هذه المقياس (٢٩) فقرة الملحق (٦).

ثبات الأداة:

ومن أجل التحقق من ثبات الأداة، تم استخدام نفس أفراد عينة الصدق وذلك لإحتساب الإتساق الداخلي للأداة بواسطة معادلة كرونباخ ألفا. ولقد كان معامل الثبات للبعدين الاستجايات الرعوية والاستجابات السلبية كالتالي ٠,٨٥ , ٠,٧١ ويشير هذا المعامل أن الأداة تتمتع بدلالة ثبات مرتفعة يمكن الاعتماد عليها من أجل استخدامها في هذه الدراسة.

تصحيح الأداة:

وبناء على ما تم ذكره في أدب الموضوع عن العلاقة بين الشكاوى الجسدية والإعاقة وبين الاستجابات الرعوية والعقابية (التقليل – السلبية) من قبل الأخرين المهمين تم إحتساب متوسط درجات البعدين الاستجابات الرعوية واستجابات التقليل – السلبية في تحليل المسار (Flor, Kerns & Turk, 1987; Kerns & Rosenberg, 1995; Kerns, Southwick, Giller, Haythomb, Jacob, Rosenberg, 1991; Paulsen & Altmaier, 1995; Romano, et al., 1992).

٥) **قائمة اعتقادات الألم للأطفال** (Walker, et al., 2001) الملحق رقم (٧)

تم تطوير استبانة اعتقادات الألم لتقييم خصائص تقييمات Appraisals الأطفال لمدى شدة الألم الذي يتعرضون له ومدى قدرتهم على التعامل معه أي قياس متغير تقييمات التهديد. في البداية تم تطويره

من قبل ووكر من خلال دراستها وبحوثها على الأطفال الذين يعانون من الآم بطن متكررة. ومن ثم تـــم استعمال هذه القائمة لغاية دراسة العلاقة بين التقييم وآلالام المزمنة والمتكررة بشكل عام. تتألف القائمـــة بصورتها الأصلية من (٣٢) فقرة تقيس التقيمات الأولية والتقييمات الثانوية للألـــم. وبالنـــسبة للتقييمـــات الأولية في هذه القائمة فإنها تقيس تقييم الاطفال لأوجه الألم المتعددة وهي المدة والتكرار وشـــدة نوبـــات الألم، كما وتقيس توقعاتهم للمدة التي سوف تستمر فيها هذه الأعراض مستقبلاً ومـــدى جديـــة وضـــعهم الصحي عدد فقرات هذا البعد (٢٠) فقرة.

مثال:- عندما أتألم، يستمر ذلك لفترة طويلة (مدة نوبة)، أنا سأتالم كل الوقت (تكـــرار النوبـــة)، يؤثر علي الألم وبشكل كبير (شدة النوبات)، سوف يحدث هذا الألم دائماً (جدية وخطورة الوضع).

يستعمل المستجيبون مقياس متدرج للإجابة على الفقرات يبدأ بـــ ليس صحيحاً وتعنـــي الدرجـــة (صفر) أما الدرجة(٤) فتعني صحيح تماماً وكل جملة تعبر عن ألم الطفل.

تذكر ووكر Walker أن معامل الثبات ألفا للتقييمات الأولية (الشدة والمـــدة والتكـــرار وجديـــة الوضع) كان مقبولا لأغراض دراساتها عن سلوك الألم ويتراوح بين (٠,٨٩ – ٠,٩٢).

كما وتتكون الأداة من أثنتى عشرة (١٢) فقره (١٢) أخرى لتقييم اعتقادات الأطفال عن قـــدراتهم على التعامل مع الألم. أيضاً استعمل المستجيبون مقياس متدرج مكون من خمس درجات، الدرجة (صفر) تعني ليس صحيحاً أما الدرجة (٤) فتعني صحيح تماماً. سجل المستجيبون الأطفال مدى صحة(٦) فقرات والتي تعبر عن قدرتهم على استعمال استراتيجيات تعامل ترتكز على المشكلة مثل " عندما أتألم أســـتطيع أن أجد طرقاً للتعامل مع الألم" و(٦) فقرات أخرى تعبر عن قدراتهم لاستعمال استراتيجات ترتكز على الإنفعال (المهدئ)، مثل أنا أعرف أنني استطيع تحمل الألم بالرغم من كونه يؤذيني.

هذا ولقد بلغ معامل الفا للأبعاد الفرعية للتقييمات الثانوية(المرتكزة على المشكلة، المرتكزة علـــى الانفعال) ٠,٨٢، ٠,٧٧

كما ذكرت ووكر ورفاقها Walker,et al. (2007) بناء على المناقشات النظرية في موضـــوع التقييمات الأولية والثانوية فإن الجمع بين التقييمات الأوليه والتقييمات الثانويه يوضح لنا المدى الذي يدرك فيه الفرد بأن وضعه العام في خطر أي يقيس تقييمات التهديد. وأشاروا إلى أن فقـــرات الأداة الفرعيـــة

وهي التعامل المرتكز على المشكلة والتعامل المرتكز على الإنفعال إرتبطت مع بعضها البعض إيجابيـاً. أما تقييمات (تقديرات) خصائص الألم وهي الشدة والتكرار والجدية فلقد ارتبطت مع تقديرات القدرة سلبياً وهذا يشكل دعماً واضحاً للصدق البنائي للأداة.

تصحيح الأداة

تم عكس درجات أربع فقرات من البعد الفرعي الذي يعبر عن قدرة المستجيب علـى اسـتعمال استراتيجيات ترتكز على الإنفعال (المهدئ)، وثلاث فقرات أخرى من البعد الفرعي الآخر و الذي يعبـر عن قدرة المستجيب على استعمال استراتيجيات ترتكز على المشكلة. تم حساب الوسط لكل بعـد فرعـي والعلامة العليا تشير أن الأطفال يدركون أن قدراتهم لاستعمال استراتيجيات تعامـل مـع الألـم عاليـة (Walker et al.,2007). وهذا التصحيح يُعتمد من أجل احتساب الارتباطات بين التقييم الأولي والتقيـيم الثانوي.

وللحصول على درجة لمتغير تقييمات التهديد عند الأطفال تـم إسـتخراج المتوسـط لـدرجات خصائص الألم الثلاث وهي: التقييمات الأولية والتقييم الثانوي المرتكز على المـشكلة والتقيـيم الثـانوي المرتكز على الانفعال بعد أن تم عكس درجـات الفقـرات (٣، ٩، ١٠، ١١، ١٣، ١٧، ١٩، ٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٦، ٣٢) والدرجة العالية تشير إلى أن الطفل يدرك أن ألمه مهدد بالنسبة له.

إجراءات تعريب وتكييف القائمة

أ) الصدق الظاهري

تمت ترجمة فقرات المقياس إلى اللغة العربية ومن ثم تم عرض الأداة على ٣٠ طفـلاً تتـراوح أعمارهم بين ٩ – ١٢ سنة للتأكد من مدى فهمهم لفقرات الأداة ووضوح اللغة وبعد ذلك تم عرضها على مختصين في مجال الإرشاد النفسي وذلك من أجل الحصول على الصدق المنطقي فيما يتعلق بسلامة اللغة ودقة التعبير عن محتوى الفقره ومدى مناسبتها للبعد الذي تقيسه. وقد اشار المحكمون إلى مجموعة مـن الملاحظات التي تعلقت بترجمة بعض الفقرات وثم الأخذ بها جميعاً. اعتمدت ما نـسبته ٨٠% لإعتمـاد

الفقره أو تعديلها وتم استبدال بعض الكلمات وتغيير صيغة بعض الجمل ولقد وافق (٤) من المحكمين على الفقرات بشكلها النهائي.

ب) صدق البناء

ومن أجل التحقق من صدق البناء تم تطبيق الأداة على عينة مكونة من ٣٥٠ طفلاً كما تم اختيار مدرستين الأولى خاصة والثانية حكومية ومن خارج عينة الدراسة.

تم استخراج صدق البناء عن طريق فحص ارتباط درجات الشدة مع درجات القدره على التعامل المرتكزة على المشكلة والمرتكزة على الانفعال عند الأطفال. حيث تبين أن معاملات الإرتباطات بين تقييمات الشدة وتقييمات القدرات هي كالتالي: ٠,٨٤٠- ، ٠,٧٩٦- و ٠,٨١

وهذه القيم تشير إلى أن الأداة تتمتع بصدق واف، حيث كانت الارتباطات سلبيه وبدلالة إحصائية بين شدة الألم والتعاملين المرتكز على المشكلة وعلى الانفعال. أما الارتباط بين تقييمات القدرة للتعامل المرتكزه على المشكلة وتقييمات القدرة المرتكزه على الإنفعال فقد كان إيجابياً وبدلالة إحصائية حيث بلغ معامل الإرتباط ٠,٨١.

ج) الصدق العاملي (صدق البناء)

ولمزيد من إجراءات الصدق، فقد تم إجراء التحليل العاملي للأداة وبالرغم من ظهور ثلاثة عوامل من خلال التحليل العاملي إلا ان الباحثة رأت أن يتم التعامل مع كل عامل على حدة، ويؤكد ذلك قيمة التباين المفسرة من العامل الأول البالغة ٧،٦٩ وهي أربعة اضعاف ما يفسره العامل الثاني والبالغ ٢,٠٧ الذي يشير إلى أحادية البعد في هذا المقياس.

ويشير الجدول (٥) إلى قيم الجذر الكامن ونسب التباين لعوامل المقياس.

الجدول ٥. قيم الجذر الكامن (Eigen Values) ونسب التباين المفسرة للعوامل قبل وبعد التدوير للبعد الأول (تقييمات الشدة) لقائمة اعتقادات ألم الأطفال

		قبل التدوير		بعد التدوير		
Compo-nent	Total	%of Variance	Cumulative%	Total	% of Variance	Cumulative %
١	٧,٩٦٢	٣٩,٨٠٨	٣٩,٨٠٨	٦,٩٥٨	٣٤,٧٩٠	٣٤,٧٩٠
٢	٢,٠٧١	١٠,٣٥٤	٥٠,١٦٢	٢,٤٧٤	١٢,٣٦٩	٤٧,١٥٩
٣	١,٢٣٥	٦,١٧٦	٥٣,٣٣٨	١,٨٣٦	٩,١٧٩	٥٦,٣٣٨

كما يشير الجدول (٥) إلى قيم الجذر الكامن ونسب التباين المفسرة للبعد الثاني للتقييمات الثانوية، أي تقييم القدرة المرتكزه على الإنفعال إلى أحادية البعد في هذا المقياس إذ بلغت قيمة التباين من العامل الأول ٥,٧٤١ وهي أربعة أضعاف ما يفسره العامل الثاني البالغ ١,٢٤٥.

الجدول ٦. قيم الجذر الكامن (Eigen Values) ونسب التباين المفسره للعوامل قبل وبعد التدوير للبعد الثاني (تقييمات القدرة) لقائمة اعتقادات الألم للأطفال

		قبل التدوير		بعد التدوير		
Compo-nent	Total	%of Variance	Cumulative%	Total	% of Variance	Cumulative %
١	٥,٧٤١	٤٧,٨٤٢	٤٧,٤٨٢	٣,٩٥٦	٣٢,٩٦٤	٣٢,٩٦٤
٢	١,٢٤٥	١٠,٣٧٧	٥٨,٢١٩	٣,٠٣١	٢٥,٢٥٥	٥٨,٢١٩
٣	٠,٧١٨	٥,٩٨٢	٦٤,٢٠١			

كما أظهر التحليل العاملي ان فقرات البعد الأول والثاني اظهرا تشبعاً جيداً لكل عامل من عوامل المقياس وتم اعتبار الفقره التى تأخذ الدرجه ٣٠, فما فوق ضمن فقرات المقياس. ويبين الجدولين (٧، ٨) معامل تشبع الفقرات للبعد الأول التقييمات الأولية والبعد الثاني التقييمات الثانوية.

الجدول ٧. تشبعات الفقرات على البعد الأول التقييمات الأولية (الشدة ، المدة، التكرار، مدى خطورة وجدية الوضع) لقائمة اعتقادات الألم للأطفال

الفقرة	معامل التشبع	الفقرة	معامل التشبع
٨	٠,٨٢٤	١٢	٠,٦٤٥
١٥	٠,٨٠٥	١٨	٠,٥٧٣
٢	٠,٨٠٣	٣٢	٠,٥٦٨
١	٠,٧٨٧	٤	٠,٤٨٦
٣٠	٠,٧٦٨	١٣	٠,٤٧٢
٢٠	٠,٧٥٤	٢٤	٠,٤٠٦
١٦	٠,٧٥	١٧	٠,٣٩
٢٨	٠,٧٤٩	١٠	٠,٣٥٤
٧	٠,٧٢٨	٢٢	٠,٣٢٥
٥	٠,٦٧٤	٢٦	٠,٣٢

الجدول ٨. تشبعات فقرات البعد الثانوي (تقييمات القدرة للتعامل المرتكز على المشكلة وعلى الانفعال) لقائمة اعتقادات الألم للأطفال

الفقرة	معامل التشبع	الفقرة	معامل التشبع
٢٩	٠,٧٨٧	٩	٠,٦٨٣
٣١	٠,٧٧٤	٦	٠,٦٧٧
٢٧	٠,٧٣٤	٢١	٠,٦٧٤
٢٥	٠,٧٠٧	١٩	٠,٦٢٦
٣	٠,٦٩٥	٢٣	٠,٦٢٤
١٤	٠,٦٩١	١١	٠,٦٠٠

يشير الجدولان (٧،٨) أن قيم التشبع لفقرات بعد التقييمات الأولية وبعد التقييمات الثانوية لمقياس اعتقادات الألم للأطفال كانت جميعها فوق الدرجة ٣٠، وهذا يعطي مزيداً من الصدق للأداة.

ثبات الأداة:

ومن اجل التحقق من ثبات الأداة، تم احتساب الإتساق الداخلي لفقرات الأداة باستخدام معادلة كرونباخ الفا وعلى نفس العينة السابقة وكانت معاملات الفا للتقييمات الثلاثة كالتالي: (٠,٩١٢, ٨٠٦, ٠,٨١٦).

وتشير هذه المعاملات إلى ان الأداة تتمتع بدلالات ثبات مناسبة يمكن الاعتماد عليها من أجل استخدامها في هذه الدراسة.

ولمزيد من إجراءات الثبات، تم احتساب معاملات ارتباط فقرات البعد الاول والثاني مع الدرجة الكلية للمقياس والجدولان (٩ و ١٠) يبينان معاملات الارتباط.

الجدول ٩. معاملات ارتباط فقرات البعد الأول (تقييمات الشدة) مع الدرجة الكلية لقائمة اعتقادات الألم للطفل

الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية
١	,٧٠٣
٢	,٧٢٣
٤	,٤٣٣
٥	,٦٠٧
٧	,٦٧٢
٨	,٣٢٩
١٠	,٧٥٠
١٢	,٣٢٧
١٣	,٥٧٣
١٥	,٤٧٧
١٦	,٧٢٥
١٧	,٦٦٩
١٨	,٣٠٤
٢٠	,٥١٤
٢٢	,٦٨٩
٢٤	,٣٩٨
٢٦	,٦٨٨
٢٨	,٧١٠
٣٠	,٣٠٢
٣٢	,٥٤٣

الجدول ١٠. معامل ارتباط فقرات البعد الثانوي المرتكز على المشكلة والمرتكز على الحل بالدرجة الكلية لمقياس اعتقادات الألم للأطفال

الفقرة	معامل ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية	الفقرة	معامل ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية
٣	٠,٦٠٨	٦	٠,٦٠٠
١١	٠,٤٨٧	٩	٠,٥٢٩
١٩	٠,٥٤٠	١٤	٠,٥٩٩
٢١	٠,٥٦٣	٢٣	٠,٤٩٩
٢٧	٠,٦٠٦	٢٩	٠,٦٣٥
٣١	٠,٥٩٩	٢٥	٠,٦١٣

تشير معاملات الإرتباط إلى أن الفقرات ترتبط بشكل عالٍ مع الدرجة الكلية للمقياس وهذا يؤكد مزيداً من الأدلة وأن الأداة تتمتع بثبات عالٍ يمكن الاعتماد عليها لغايات الدراسة.

٦) قائمة اعتقادات الألم/نسخة الأم(Walker, et al., 2001) الملحق رقم (٨)

تتكون القائمة من (٣٢) فقرة تقيس (٢٠) منها التقييمات الأولية و(١٢) فقرة الأخرى التقييمات الثانوية إذ تم تعديل النسخة السابقة من قائمة اعتقادات الالم للأطفال لتقييم تقييمات الأمهات لمدى شدة الألم الذي يتعرض له اطفالهن وتحويل الـ ٢٠ فقره التي تتضمن أوجه الألم الأربعة لتتاسب اعتقادات الأمهات عن الآم أطفالهن وهي المدة والتكرار وشدة النوبات والمدة المتوقعة لإستمرار نوبات الألم ومدى جدية وضع الأطفال.

تم تسجيل استجابة الأمهات على مقياس متدرج من خمس فقرات تحدد مدى إنطباق الفقرة على المستجيب وتعطي الدرجة (٤) لصحيحة تماماً بينما تعطي الدرجة (صفر) ليست صحيحة.

تم رصد درجة إدراك الشدة باستخراج متوسط علامات الفقرات بعد ان تم عكس درجة سبع فقرات. هذا ويشير الارتفاع بالعلامات إلى أن الأم تدرك ان الآم طفلها شديدة. ولقد اشارت ووكر أن معامل الثبات الفا للفقرات العشرين هي٠,٨٥.

أما الإثنتا عشرة فقرة الأخرى في المقياس فهي تقيّم تقييمات الأمهات لمدى اعتقــادهن لإمــتلاك أطفالهن قدرات التعامل مع الألم، وتقيس ٦ فقرات اعتقادات القدرة للتعامل مع الألم التي ترتكــز علــى المشكلة والست فقرات الأخرى تقيس اعتقادات الأمهات لقدرة أطفالهن على استعمال استراتيجيات للتعامل مع الألم ترتكز على الإنفعال المهدئ. تستجيب الأمهات على مقياس متدرج مكون من خمــس فقــرات، تعطي الدرجة (٤) لــصحيحة تماماً بينما الدرجة (صفر) ليست صحيحة.

تم استخراج صدق البناء بنفس الطريقة التي تمت لنسخة الأطفال وهي إرتباط الدرجات الفرعيــة للمقياس بعضها مع بعض، إذا ارتبطت تقييمات الشدة سلبياً مع البعدين الآخرين وهما القــدرة المرتكــزة على المشكلة واعتقادات القدرة المرتكزة على الإنفعال وكانت على التوالي (٠,٣٦ - ٠,٥٢-)

كما ارتبطت اعتقادات القدرة المرتكزة على الإنفعال مع اعتقادات القدرة المرتكزة على المــشكلة إيجابياً ببعضها البعض، إذ كانت قيمة r 0.042 و p<..001 وأشارت ووكر Walker إلى أن معامــل ثبات الفا للبعدين الفرعين(المرتكز على الانفعال والمرتكز على المشكلة كان كالتالي: ٠,٧٤ و ٠,٧٧) .

أما الدرجة الكلية للمقياس فقد تم احتسابها عن طريق استخراج متوسط لدرجات التقييمات الأولية وهي الشدة والمدة والتكرار والمكونة من (٢٠) فقرة ودرجات تقييمات القدرة المرتكزة علــى الانفعــال والمكونة من (٦) فقرات ودرجات تقييمات القدرة المرتكزة على المشكلة والمكونة من (٦) فقرات أيضاً، بعد أن يتم عكس درجات بعض فقرات تقييمات الأمهات لقدرات أطفالهن مع الألم. تشير الدرجة العاليــة تشير إلى أن الأم تدرك أن الآم طفلها مهددة بالنسبة لها.

اجراءات تعريف وتكييف القائمة

أ) الصدق المنطقي

تمت ترجمة فقرات الأداة إلى اللغة العربية وعرضها (٥) محكمين مختصين في مجال الإرشــاد النفسي وذلك من أجل الحصول على الصدق المنطقي فيما يتعلق بسلامة اللغة ودقة التعبير عن محتــوى الفقره ومدى مناسبتها للبعد الذي تقيسه. وقد اشار المحكمون إلى مجموعة من الملاحظات التــي تعلقــت بترجمة بعض الفقرات وتم الأخذ بها جميعاً ولقد وافق (٤) محكمين على اعتماد الفقرات بشكلها النهائي.

ب) صدق البناء

ومن أجل التحقق من صدق البناء، تم تطبيق الأداة على عينة مكونة من ٣٥٠ أماً هـن أمهـات الأطفال الذين تم تطبيق مقياس اعتقادات الألم للأطفال عن طريق إرسال البيانات بواسطة الأطفال مرفقة برسالة تبين ماهية الدراسة وأهميتها، تم استخراج صدق البناء عن طريق فحص الإرتباطات بين تقييمات الأمهات لشدة الآم أطفالهن وتقيماتهن لقدرات أطفالهن المرتكزة على الإنفعال والقدرات المرتكـزة علـى المشكلة بعد عكس علامات الفقرات حسب ما ورد في إجراءات الصدق من المصدر. وتبين ان معاملات الارتباط بين تقييمات الشدة وتقييمات القدرة على التعامل المرتكز على الانفعال المرتكز علـى المـشكلة كالتالي (٠,٥٤- ، ٠,٤٩- ، ٠,٥٦). وهذه القيم تشير الى ان الاداة تتمتع بصدق وافٍ حيث كانت هـذه الارتباطات سلبية وبدلالة إحصائية. أما الارتباط بين تقييمات القدرة للتعامل المرتكـزه علـى المـشكلة والمرتكزه على الانفعال فكان إيجابياً وبدلالة إحصائية حيث بلغ ٠,٥٦

ولمزيد من إجراءات الصدق، تم إجراء التحليل العاملي للأداة. ويشير الجـدول (١١) والجـدول (١٢) إلى تشبعات الفقرات على الأبعاد للتقييمات الأولية والتقييمات الثانوية وهي كالتالي:

الجدول ١١. تشبعات الفقرات على البعد الأول التقييمات الأولية (الشدة ، المدة، التكرار، مدى خطورة وجدية الوضع) لقائمة اعتقادات الألم للأطفال

الفقرة	معامل التشبع	الفقرة	معامل التشبع
٣٠	٠,٧٢	٢٢	٠,٥٩
٨	٠,٦٩	١٣	٠,٥٧
٣٢	٠,٦٩	١	٠,٥٥
٢٨	٠,٦٩	٥	٠,٥٥
١٠	٠,٦٥	١٥	٠,٥٤
٧	٠,٦٤	١٧	٠,٥١
١٨	٠,٦٣	٢٤	٠,٥٠
٢	٠,٦٢	١٦	٠,٤٨
١٢	٠,٦١	٢٠	٠,٤٤
٤	٠,٦١	٢٦	٠,٤٢

الجدول ١٢. تشبعات فقرات البعد الثانوي (تقييمات القدرة للتعامل المرتكز على المشكلة وعلى الانفعال) لقائمة اعتقادات الألم للأطفال

الفقرة	معامل التشبع	الفقرة	معامل التشبع
١٤	٠,٧٣	٦	٠,٧١
٢٧	٠,٦٨	٢٣	٠,٦٧
٢٥	٠,٦٦	١١	٠,٦٧
٣	٠,٦٦	٩	٠,٦٤
٣١	٠,٦٠	١٩	٠,٥٨
٢٩	٠,٥٣	٢١	٠,٥٥

يشير الجدولان (١١ ، ١٢) إلى أن قيم التشبع لفقرات بعد التقييمات الأولية وبعد التقييمات الثانوية لمقياس اعتقادات الألم للأطفال كانت جميعها فوق الدرجة ٣٠، وهذا يؤكد أن الفقرات تنتمي للبعد الــذي وضعت من أجله.

ثبات الأداة:

تم احتساب الثبات عن طريق استخدام معادلة كرونباخ الفا على نفس عينة الصدق وبلغ معامــل الثبات (٠,٨٦) ، كما تم احتساب معامل ارتباط فقرات البعد الاول وهو تقييمات الشدة والبعد الثــاني وهو تقييمات القدرة المرتكزه على الانفعال وعلى المشكلة مع الدرجة الكلية للمقياس ويشير الجدول (١٣) معاملات الارتباط.

ولدى مراجعة بيانات المصفوفة لمعاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للإختبار تبــين وجــود ثلاث فقرات ترتبط ارتباطاً ضعيفاً وتؤثر سلباً على تباين المقياس. ولمعرفة أي تأثير تتركه هذه الفقرات (١٣، ١٧، ٢٢) على معامل الثبات الكلي تمت إعادة معالجة البيانات بطريقة كرونباخ ألفا ولكــن بعــد حذف تلك الفقرات بحيث اصبح العدد الكلي لفقرات البعد الفرعي لتقييمات الشدة (١٧) فقرة، الملحق (٩) وأصبحت قيمة ألفا نتيجة لذلك ٠,٩١، ويبين الجدول (١٤) ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية.

الجدول ١٣. معامل ارتباط فقرات البعد الأولي تقيمات الشدة والتكرار والمدة والجدية لمقياس اعتقادات الأمهات

الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية
١	,٧٨٦
٢	,٦٢٥
٤	,٥٥٧
٥	,٦٠٨
٧	,٦٣٤
٨	,٣٤٨
١٠	,٦١٨
١٢	,٥٨٥
١٣	,٠٩٧
١٥	,٤٣٠
١٦	,٤٩٩
١٧	,١٧٣
١٨	,٤٨٩
٢٠	,٣٠٣
٢٢	,٢٦٩
٢٤	,٤١٠
٢٦	,٥٤٨
٢٨	,٥٦٤
٣٠	,٥٤٧
٣٢	,٥٢٧

ويشير الجدول (١٣) إلى معامل ارتباط فقرات البعد الثانوي المرتكز على المشكلة والمرتكز على الحل بالدرجة الكلية لمقياس اعتقادات الأمهات.

الجدول ١٤. معامل ارتباط فقرات البعد الثانوي المرتكز على المشكلة والمرتكز على الحل بالدرجة الكلية لمقياس اعتقادات الأمهات

الفقرة	معامل ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية	الفقرة	معامل ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية
٣	,٣٢١	٦	,٣١٠
١١	,٣٢٦	٩	,٧٦٠
١٩	,٣٣	١٤	,٣٣٦
٢١	,٥١٠	٢٣	,٣٠٠
٢٧	,٥٨٠	٢٥	,٣٧٠
٣١	,٤٩٠	٢٩	,٣٤٠

تشير معاملات الإرتباط للبعدين الأولي والثانوي أن الأداة تتمتع بمعامل ثبات وافٍ لغايات هـذه الدراسات.

٧) **قائمة استجابة الأطفال للألم**(Walker, et al, 1997) الملحق رقم (١٠):

تم تطوير هذه القائمة من قبل ووكر وآخـرين (Walker et al., 1997) وذلـك لتقيـيم أنمـاط الاستجابة لنوبات الألم عند الأطفال.

تتكون القائمة بصورتها الأصلية من ٧٥ فقرة تشير هذه الفقرات إلى استراتيجيات التعامل التـي يستعملها الأطفال لمواجهة نوبات ألمهم. تقاس كل فقرة بمقياس ذات تدرج خماسي يحدد مـدى انطبـاق الفقرة على المستجيب على النحو التالي: دائماً وتعطى الدرجة(٤)، مرات كثيـرة وتعطـى الدرجـة(٣)، بعض المرات وتعطى الدرجة (٢)، مرات قليلة وتعطى الدرجة(١)، ولا مرة وتعطى الدرجة (صفر).

تم اشتقاق فقرات المقياس نظرياً وتطبيقياً من أدب الموضوع المتعلق بالتعامل مـع الألـم ومـن المقابلات الإكلينيكية مع الأطفال ووالديهم، إذ تم التعرف على الجهود السلوكية والمعرفية التي يقوم بهـا الأطفال للتعامل مع الألم.

يتكون المقياس من ثلاثة أبعاد رئيسية كما يحتوي كل بعد على ابعاد فرعية أخرى وهي كالتالي:

البعد الأول: التعامل النشط Active Coping

ويحتوى على أبعاد فرعية أخرى وهي:- حل المشكلة، البحث عن دعم اجتماعي، استراتيجيات شرطية محددة، الراحة والتدليك.

البعد الثاني: التعامل السلبيPassive Coping

ويحتوي على الأبعاد الفرعية التالية: الكارثية، عزل الذات ، عدم الارتباط السلوكي.

البعد الثالث: التعامل المهدئ accommodative

ويحتوي على الأبعاد الفرعية التالية: القبول، التقليل من الألم تشجيع الذات والإهمال والتشتيت.

حققت الأداة في صورتها الأصلية دلالات صدق عالية حيث تم احتساب الصدق العاملي للأداة اظهرت نتائج التحليل العاملي أن بنود الأداة أظهرت تشبعاً عالياً في كل عامل من العوامل الرئيسية التي تعكس أبعاد الاستجابات للألم التي تقيسها الأداة. لقد تم استبعاد الفقرات التي لم تنتم لأي بعد من الإبعاد وكان عددها (١٥) فقرة. أما الفقرات التي تشبعت على أكثر من عامل فقد تم انتماؤها إلى البعد الذي كان التشبع فيها أعلى. كما وارتبط البعد الأول بالبعد الثاني ارتباطاً سلبياً وهذا يؤكد صدق الأداة. ولقد حقق المقياس بصورته الأصلية معاملات ثبات مرتفعة إذ تم احتساب الاتساق الداخلي لفقرات الأداة وكان معامل ألفا لكل بعد كالتالي: (٠,٧٦ ، ٠,٦٤ ، ٠,٨٠).

إجراءات تعريب وتكييف القائمة

أ) الصدق الظاهري

تمت ترجمة الأداة بصورتها الأصلية إلى العربية وعرضها على ٣٠ طفلاً من الصفوف الرابع والخامس والسادس الابتدائي للتعرف على مدى فهمهم للفقرات وللمدة التي يحتاج إليها الطفل للإستجابة. تم تغيير بعض الكلمات والجمل، وتبين أن أطفال الصف الرابع بحاجة إلى مساعدة في تعبئة الفقرات وذلك راجع إلى طول الفقرات. ثم تم عرضها على مجموعة من المختصين في مجال الارشاد النفسي وذلك من أجل الحصول على الصدق المنطقي فيما يتعلق بسلامة اللغة ودقة التعبير عن محتوى الفقرة ومدى مناسبة الفقرات للأبعاد الفرعية ومدى مناسبة الفقرة للبعد الذي تنتمي إليه، أكدت مجمل الملاحظات على وجود بعض التداخل في الأبعاد وأهم الملاحظات كانت كالتالي:

١. بعد الراحة، بعد التدليك، الاستراتيجيات المحددة، قد تنتمي إلى التعامل السلبي وليس النشط.
٢. من الممكن إدراج بعد تشتيت الانتباه إلى التعامل النشط.

وفي الحقيقة، وجدت الباحثة أن هناك ما يدعم هذه الملاحظات إذ استعمل باحثون بريطانيون استبانة لإستراتيجيات التعامل تتضمن أربعة أبعاد وهي: التعامل النشط ويحتوي على أبعاد فرعية هي:

التجاهل، والتهدئة، وزيادة النشاطات، وتحويل الانتباه، وإعادة تفسير الأحاسيس، والصلاة. أما البعد الثاني فهو التعامل الوجداني ويتضمن أبعاداً فرعية وهي: الكارثية، وجمل تعبر عن الغضب، وجمل تعبر عن الخوف والعزلة. أما البعد الأخير فهو التعامل السلبي ويتضمن بعد الراحة والتدليك واستعمال استراتيجيات محددة(Anie, Steptoe, Ball, Dick, Smalling, 2002).

كما وتذكر ووكر في دراستها التي أجريت لتطوير المقياس أن احتمالية ان تكون بعض الفقرات متشبعة على أكثر من عامل يمكن تبريره نظرياً. واشارت في نفس الدراسة إلى أنه من الممكن السماح لتشبع بعض الفقرات على عاملين مثل: فقرات التعامل المهدئ، فقرات التعامل السلبي، لأنها وبالأساس تم اعتبارهما عاملاً واحداً وهو التعامل المرتكز على الانفعال عند لازاروس. ولكن وبناء على الأبحاث التجريبية لاحظ الباحثون أن هناك بعض أنواع من هذا التعامل قد يكون مفيداً في حالات الآلام المتكررة والمزمنة، ومن هنا، اقترحوا فصل التعامل المهدئ ليكون عاملاً منفرداً (Walker, et al.,1997).

وبالنظر إلى اختلاف الثقافة والبيئة وطرق تفكير الأطفال والأهالي وجدت الباحثة أيضاً أن هناك مبرراً منطقياً ونظرياً لملاحظات المختصين ويذكر أن مجمل الفقرات التي أعطيت الملاحظات بشأنه لم يتم تشبعها على أي عامل وبالتالي تم إلغائها.

ب) الصدق العاملي (صدق البناء):

وللتحقق من صدق البناء لهذه الأداة، تم تطبيق الاستبانة على (٥٧٠) طفلاً، هم أطفال ينتمون إلى خمس مدارس خاصة وحكومية وتتراوح أعمارهم (٩-١٢) سنة. ولقد قامت الباحثة بقراءة فقرات الأداة لطلاب الصف الرابع والخامس الإبتدائي إذ تبين أن هنالك صعوبة في جعل الطلاب يركزون على الإجابة على فقرات الأداة بالتتابع وذلك لطول عدد الفقرات، والجدير بالذكر أنه تم استخدام هذا الأسلوب من قبل ووكر Walker عند تطويرها لهذا الأداة.

واستناداً على نتائج التحليل العاملي، تم استبعاد الفقرات التي لم تنتم إلى مجموعات كبيرة وهي الفقرات: (٧١، ٣٣، ١٧، ٤٠، ٧٠، ٦٧، ٦٩، ٥٣، ١، ٢٣، ٥٢، ٥، ١٩، ٢٣ ، ٧٥، ١٠، ٢٤، ٧، ٢١، ٣٥ ، ٨، ٧١، ٥١، ٦٨، ١١، ٣٢، ٢٢، ٦٣). أما الفقرات التي تنتمي إلى بعدين فقد تم انتماؤها إلى

الفقرة التي تأخذ النسبة الأعلى في التشبع ويشير الجدول (١٥) إلى معاملات التـشبع لفقـرات مقيـاس الاستجابة للألم نسخة الطفل.

الجدول ١٥. معاملات التشبع لفقرات مقياس قائمة الإستجابة للألم (الأطفال)

الفقرة	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع
١.				
٢.				٠,٤٩٢
٣.		٠,٥٩٩		
٤.	٠,٥٥٧			
٥.				
٦.			٠,٦٧٩	
٧.				
٨.				
٩.	٠,٣٣٠	٠,٣٠٤		
١٠.				
١١.				
١٢.	٠,٦٨٩			
١٣.				٠,٥٩٥
١٤.		٠,٤٢٨		٠,٣١٨
١٥.	٠,٣٢٥			
١٦.		٠,٣٠٦		٠,٦٠٠
١٧.		٠,٧٠٩		
١٨.			٠,٦٤٧	
١٩.				
٢٠.			٠,٦٥٠	
٢١.				
٢٢.				
٢٣.				
٢٤.				
٢٥.	٠,٦٦٠			
٢٦.			٠,٥٩٧	
٢٧.				٠,٦٥٩
٢٨.				٠,٥٥٩
٢٩.	٠,٣٣٠	٠,٣٦٧		٠,٣٣٩
٣٠.				٠,٦٤٤
٣١.		٠,٦٤٣		
٣٢.				
٣٣.				
٣٤.			٠,٥٦٣	
٣٥.				
٣٦.				
٣٧.	٠,٤٧٥	٠,٣٥٦		
٣٨.	٠,٣٢٦	٠,٣٧٣		
٣٩.	٠,٦٣٤			
٤٠.				
٤١.			٠,٦٩٢	
٤٢.		٠,٣٨٤		٠,٤٦٦
٤٣.		٠,٣٩٠		٠,٣٢٥
٤٤.	٠,٤٥٩			

الفقرة	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع
٤٥.		٠,٣٩٤		٠,٤٠٦
٤٦.		٠,٧٣٦		
٤٧.	٠,٦٤٩			
٤٨.		٠,٣٤٦		
٤٩.			٠,٦٤٨	
٥٠.			٠,٣٠٨	
٥١.				
٥٢.				
٥٣.				
٥٤.				
٥٥.			٠,٤٧٧	
٥٦.		٠,٣٧٢		٠,٤٠٨
٥٧.		٠,٧٠٥		
٥٨.	٠,٨٠١			
٥٩.	٠,٧٥٧			
٦٠.	٠,٥٤٦	٠,٣٠٢		
٦١.		٠,٧٥٠		
٦٢.	٠,٧٢١			
٦٣.		٠,٣٨٢		
٦٤.				
٦٥.	٠,٦٨٩			
٦٦.			٠,٦١٢	
٦٧.				
٦٨.				
٦٩.				
٧٠.	٠,٣٤٣			
٧١.				
٧٢.			٠,٣٢٣	
٧٣.	٠,٥٣٩	٠,٣٧٢		
٧٤.		٠,٣٧٤	٠,٥٦٦	
٧٥.		٠,٧١٦		

ولقد اظهر التحليل العاملي ظهور اربعة أبعاد وهي التعامل النشط والمهدئ (تشتيت الذات والإلهاء) والتعامل السلبي، والتعامل المهدئ التقليل ويشر الجدول (١٦) إلى الإبعاد الأربعة وفقراتها.

الجدول ١٦. أبعاد التعامل مع الألم عند الطفل

التعامل النشط الفقرات	التعامل المهدئ(تشتيت الذات والإلهاء)	التعامل السلبي	التعامل المهدئ التقليل
٤- ٩	٣ – ١٤	٦	٢
١٢-١٥	١٧ – ٢٩	١٨	١٣
٢٥-٣٧	٣١ – ٣٨	٢٦	١٦
٣٩-٤٤	٤٣ – ٤٦	٣٤	٢٧
٤٧-٥٨	٤٨ – ٥٧	٤١	٢٨
٥٩-٦٠	٦١ – ٦٣	٤٩	٣٠
٦٢-٦٥	٧٥	٥٥	٤٢
٧٠-٧٣		٦٦	٤٥
		٧٢	٥٦
			٧٤

يشير الجدول (١٦) إلى أن فقرات البعد الأول تنتمي إلى التعامل النشط أو التعامل المرتكز على المشكلة ويحتوي على ١٧ فقرة تعبر بمجملها عن جهود الفرد لحل المشكلة ومن أمثلتها؛ أفعل أي شيء لأتخلص من الألم، أحاول التوصل إلى ما يمكن عمله، أحاول جاهدة التفكير بما يجب عمله. كما يعبر هذا البعد عن الجهود للبحث عن دعم اجتماعي، ومن أمثلته اتحدث مع شخص ما لأشعر أنني أحسن، أجلس مع شخص ما أشعر أنه يهتم بي.

أما البعد الثاني: فيشير إلى بعد تشتيت الذات والإلهاء ويحتوي على ١٣فقرة، تشير بمجملها إلى محاولات الفرد لإلهاء ذاته مثل؛ أحاول أن أنسى الألم، أتظاهر أن الألم غير موجود، أحاول أن أفعل شيئاً ممتعاً لكي أنسى الألم، أشغل نفسي في اشياء متعددة حتى لا أفكر في الألم.

بالنسبة للبعد الثالث: فهو البعد السلبي ويشير إلى تعامل الفرد السلبي مع الألم. ويحتوي على ٩ فقرات تشير بمجملها إلى الجهود المعرفية السلبية مثل الكارثية وعدم الارتباط السلوكي التي يستعملها الفرد للتعامل من الألم ومن أمثلتها؛ أقول لنفسي أنا لا أعرف كيف أتعامل مع الألم لذا أتوقف عن المحاولة، أستسلم طالما لاشئ يفيد، أقول لنفسي من الممكن أن أكون مريضة فعلاً.

أما البعد الرابع: ويشير إلى بعد التقليل من أهمية الألم ويمكن تفسير معظم فقراته على أنها جهود الفرد للتقليل من أهمية الألم ويحتوي على ١٠ فقرات ومن امثلتها؛ أقول لنفسي هذا الوجــع لــيس بهــذا السوء، أقول لنفسي هناك اشياء أهم من الألم.

هنا يجدر الإشارة إلى ان الفقرات التي تنتمي إلى بعد عزل الذات كانت ضمن الفقرات التي تــم استبعادها وهذه الفقرات هي تلك التي تم اعطاء الملاحظات عليها من قِبل الأمهات إذ ذكرن أن الاطفــال نادراً ما يعزلون أنفسهم عند تعرضهم للألم والمرض. ومما لفت نظر الباحثة إلى وجود جــدل فــي ادب الموضوع لما تم ذكره في دراسة ووكر ورفاقها (Walker, et al. (1997 فيما يتعلق ببعد عزل الذات عند الاطفال.

تشير نتائج التحليل العاملي إلى أن فقرات البعد السلبي كانت نظيفة أي لم يتم تشبعها على أكثــر من عامل لأي فقرة، كما تشير النتائج إلى أن بعض من فقرات البعد الثاني والرابع تم تشبعها على البعدين ولكن بدرجات متفاوتة.

وبالرغم من ظهور بعدين للتعامل المرتكز على الانفعال وهما تــشتيت الــذات والتقليــل، إلا أن الباحثة أرتأت أن تجمع البعدين معاً عند القيام بتحليل المسار.

ثبات الأداة:

ومن أجل التحقق من ثبات الأداة ثم احتساب الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كروبناخ الفا وعلى نفس عينة الصدق وكانت معاملات الثبات للأبعاد الفرعية الأربعة كالتالي: (٠,٨٩٤– ٠,٨٦٨ – ٠,٧٩٧ – ٠,٨١٨) أما معامل ثبات الأداة بصورتها النهائية البالغ عدد فقراتها (٤٨) بلغ (٠,٩٢١).

ولمزيد من إجراءات الثبات، فقد تم احتساب ارتباط الفقرة مع درجة البعد، وتبين الجداول (١٧، ١٨، ١٩، ٢٠) معاملات الارتباط.

الجدول١٧. معامل ارتباط فقرات البعد الأول (النشط) مع درجة البعد لمقياس الإستجابة للألم للطفل

الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد	الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد
٤	٠,٥٠٨	٤٧	٠,٤٣٥
٩	٠,٤٠٠	٥٨	٠,٤٤٩
١٢	٠,٦٢٤	٥٩	٠,٥٠٩
١٥	٠,٤٣٨	٦٠	٠,٥٣٤
٢٥	٠,٦٠٨	٦٢	٠,٥٦٢
٣٧	٠,٥٣٧	٦٥	٠,٥٠٢
٣٩	٠,٦٠٥	٧٠	٠,٢٨٣
٤٤	٠,٥٥٦	٧٣	٠,٥٤٦

يتبين من الجدول (١٧) أن درجات إرتباط فقرات البعد الأول وهو بعد التعامل النشط مع درجة البعد كان ارتباطاً مقبولاً لغايات الدراسة.

الجدول ١٨. معامل ارتباط فقرات البعد الثاني (المهدئ) مع درجة البعد لمقياس الإستجابة للألم للطفل

الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد	الفقرة	معامل الإرتباط مع الدرجة الكلية
٣	٠,٥٦١	٤٦	٠,٦٩٧
١٤	٠,٤٦٨	٤٨	٠,٣٧٨
١٧	٠,٦٤٣	٥٧	٠,٥٥٦
٢٩	٠,٥٢٤	٦١	٠,٦٣٧
٣١	٠,٦٣٣	٦٣	٠,٤٤٢
٣٨	٠,٣٩٩	٧٥	٠,٥٨٣
٤٣	٠,٣٩٣		

يتبين من الجدول (١٨) أن درجات إرتباط فقرات البعد الثاني وهو بعد التعامل المهدئ (تشتيت الذات والإلهاء) مع درجة البعد كان ارتباطاً مقبولاً لغايات الدراسة.

الجدول ١٩. معامل ارتباط فقرات البعد الثالث(التعامل السلبي) مع درجة البعد لمقياس الإستجابة للألم الطفل

الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد	الفقرة	معامل الإرتباط مع درجة البعد
٦	٠,٥١٢	٤٩	٠,٥٠٢
١٨	٠,٤٧٧	٥٥	٠,٤٩٧
٢٦	٠,٤٨٥	٦٦	٠,٤٦٩
٣٤	٠,٤٥٤	٧٢	٠,٤٣٤
٤١	٠,٥٨٨		

يتبين من الجدول (١٩)أن درجات إرتباط فقرات البعد الثالث وهو بعد التعامل السلبي مع درجة البعد كان ارتباطاً مقبولاً لغايات الدراسة.

الجدول٢٠. معامل ارتباط فقرات البعد الرابع التعامل المهدئ(التقليل) مع مع درجة البعد لمقياس الإستجابة للألم الطفل

الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد	الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد
٢	٠,٤١٣	٣٠	٠,٥٣١
١٣	٠,٥٥٦	٣٢	٠,٣٠٤
١٦	٠,٥٦٤	٤٥	٠,٥٤٣
٢٧	٠,٦٠٢	٤٦	٠,٥٠٦
٢٨	٠,٤٦١	٧٤	٠,٥١٤

يتبين من الجدول (٢٠)أن درجات إرتباط فقرات البعد الرابع وهو بعد التعامل المهدئ (التقليل) مع درجة البعد كان ارتباطاً مقبولاً لغايات الدراسة.

ومن هنا يتبين أن الأداة بصورتها النهائية تكونت من (٤٨) فقرة ملحق (١١) تعبر بمجملها عن الجهود السلوكية والمعرفية لتعامل الأطفال مع الألم وتضم الفقرات أربعة أبعاد وهي التعامل النشط والتعامل المهدئ (الهاء الذات) والتعامل السلبي والتعامل المهدئ (التقليل).

تصحيح الأداة:

سيتم احتساب متوسط كل بعد على حده عند القيام بتحليل المسار.

٨) **قائمة استجابة الأمهات للألم**:(Walker, et al., 1997) الملحق رقم (١٢)

تم استخدام قائمة الاستجابة للألم نسخة الأطفال لقياس متغير الاستجابة للألم عند الأمهات: وبالرغم من عدم وجود مقالات للتأكد من الخصائص السيكومترية لقائمة الاستجابة للراشدين إلا ان ووكر ورفاقها (Walker, et al. (1997 ذكروا أنه تمت إعادة استخدام نسخة الأطفال للراشدين وأنه تم احتساب الثبات لهذه القائمة على عينة صغيرة من الأمهات مكونة من ١٢٠ أماً وبلغت قيمة ألفا للأبعاد الثلاث كالتالي النشط ٧٢, السلبي ٠،٣٣ والمهدئ ٨٥,.

إجراءات تعريب وتكييف القائمة:

أ) **الصدق العاملي (صدق البناء)**

تمت مخاطبة ٧٠٠ أم هن أمهات أطفال خمس مدارس خاصة وحكومية تتراوح أعمارهم بين ٩ –١٢ سنة، ولتبيان الهدف من الدراسة والطلب منهن التعاون مع الباحثة في تعبئة الاستبانة. استجابت ٥٨٠ أما ولكن لم تستوف ١٠ استبانات الشروط في تعبئتها، كما تم استبعاد (٢٠) استبانة أخرى لعدم قناعة الباحثة بصدق تعبئتها وبالتالي حصلت الباحثة على ٥٥٠ استبانة لاستعمالها في إجراءات الصدق والثبات.

تم احتساب الصدق العاملي عن طريق إجراء التحليل العاملي للأداة ويشير الجدول رقم (٢١) إلى معاملات تشبع فقرات الأداة.

الجدول ٢١. معاملات التشبع لفقرات مقياس قائمة الإستجابة للألم (للأمهات)

الفقرة	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع
١.				٠,٧١٦
٢.	٠,٦٦٤			
٣.	٠,٦٧٧			
٤.		٠,٥٥٦		
٥.	٠,٣٠٧			
٦.				
٧.	٠,٥٩١			
٨.			٠,٧١٤	
٩.				
١٠.				
١١.				
١٢.		٠,٥٥٥		
١٣.	٠,٦٦٢			
١٤.	٠,٧٧٦			
١٥.				٠,٥٦٢
١٦.	٠,٧٤١			
١٧.	٠,٦٠٠			
١٨.				
١٩.	٠,٥٠٨			
٢٠.				
٢١.	٠,٦٤٩			
٢٢.			٠,٤٩١	
٢٣.			٠,٤٢٤	
٢٤.				
٢٥.		٠,٧١٢		
٢٦.				
٢٧.	٠,٦٢٧			
٢٨.	٠,٦٦٢			
٢٩.	٠,٣٠٠			٠,٣٩٣
٣٠.				
٣١.	٠,٦٠٠			
٣٢.				
٣٣.	٠,٣٧٠			
٣٤.				
٣٥.	٠,٦٥٩			
٣٦.			٠,٨٢٨	
٣٧.				
٣٨.		٠,٣٥٨		
٣٩.		٠,٧٨٤		
٤٠.		٠,٣٣٣		

الفقرة	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع
.٤١				
.٤٢	٠,٦١٩			٠,٣١٥
.٤٣	٠,٦٧١			
.٤٤				٠,٥٢٧
.٤٥	٠,٦٢٥			
.٤٦	٠,٥٧٣			
.٤٧		٠,٦٨٠		
.٤٨				
.٤٩				
.٥٠	٠,٣٥١			
.٥١			٠,٦٩٠	
.٥٢			٠,٥٧٦	
.٥٣	٠,٣٦٨			
.٥٤				
.٥٥				
.٥٦	٠,٦٤٣			
.٥٧	٠,٦٨٤			
.٥٨		٠,٨٠٣		
.٥٩		٠,٨٤٨		
.٦٠		٠,٤٦٦		٠,٣٩٢
.٦١	٠,٥٨٣			
.٦٢		٠,٦٦٩		
.٦٣				
.٦٤	٠,٤٠١			
.٦٥		٠,٧٠٧		
.٦٦				
.٦٧				
.٦٨			٠,٧٣٣	
.٦٩			٠,٣٣٦	
.٧٠				٠,٣٨٤
.٧١		٠,٣٢٦		
.٧٢				
.٧٣		٠,٨٠١		
.٧٤	٠,٥٢٨			٠,٤١٣
.٧٥	٠,٧٠٠			

ولقد اظهر التحليل العاملي ظهور اربعة أبعاد وهي التعامل المهدئ، والتعامل النشط، والتعامل السلبي (عزل الذات)، التعامل السلبي (عدم الارتباط السلوكي) ويشير الجدول (٢٢) إلى الإبعاد الأربعة وأرقام فقراتها.

الجدول ٢٢. أبعاد التعامل مع الألم عند الأم

التعامل المهدئ	التعامل النشط	التعامل السلبي عزل الذات	التعامل السلبي عدم الارتباط السلوكي
٢ – ٣	٤	٨	٦
٥ –٧	١٢	٢٢	٢٠
١٣– ١٤	٢٥	٢٣	٣٤
١٦ – ١٧	٣٨	٣٦	٤١
١٩ – ٢١	٣٩	٥١	٤٩
٢٧ – ٢٨	٤٠	٥٢	٥٠
٣٠ – ٣١	٤٧	٦٨	٦٦
٣٣ – ٣٥	٥٨		٦٧
٤٢ – ٤٣	٥٩		
٤٥ – ٤٦	٦٠		
٥٣ – ٥٦	٦٢		
٥٧ – ٦١	٦٥		
٦٤ – ٧٤	٧١		
٧٥	٧٣		

يشير الجدول (٢٢) إلى ظهور أربعة أبعاد رئيسية وأكثر بعد ظهر بوضوح عند الأمهات هو بعد التعامل المهدئ أو المرتكز على الانفعال، ولقد أحتوى هذا البعد على (٢٧) فقرة تتضمن الأبعاد الفرعية التالية: التشتيت ويتكون من ٩ فقرات ومن أمثلتها أحاول أن أفكر بشيء مفرح لإبعد نفسي عن الألم وأشغل نفسي في أشياء متعددة حتى لا أفكر بالألم. أما البعد الفرعي الثاني فهو التشجيع ويتكون من (٦) فقرات ومن أمثلتها أقول لنفسي أستطيع أن أتغلب على الألم، أقول لنفسي أستطيع الاستمرار حتى لو كنت أتالم. أما البعد الفرعي الثالث فهو التقليل ويتكون من (٥) فقرات ومن أمثلتها أقول لنفسي هذا ليس بالشيء الهام، أقول لنفسي هذا الألم لن يقتلني.

أما البعد الرئيسي الثاني فتشير فقراته إلى كونه بعد التعامل النشط أو المرتكز على حل المشكلة ويتكون من (١٤) فقرة ويتضمن بعدين فرعيين والأكثر وضوحاً هو البعد الفرعي الدعم الاجتماعي ومن

أمثلته:- أتحدث مع شخص وأخبره كيف أشعر، وأجلس مع شخص أخر أشعر أنه يهتم بي. أما البعد الفرعي الثاني فكان بُعد حل المشكلة ومن أمثلته:- أسأل شخصاً ما عما عساي أن أفعل.

ولقد ظهر بعد رئيسي ثالث وأظهرت معظم فقراته السبع أنه يعبر عن البعد السلبي وهو عزل الذات الذي لم يظهر قط عند الأطفال. وتتفق هذه النتيجة تماماً مع ما تم ذكره من قبل الأمهات، إذ ذكرن أنه وعلى الأغلب لا يعزل الاطفال أنفسهم عندما يمرضون بينما يمكن أن يتبنى الراشدون هذه الاستراتيجية. ومن الأمثلة أحاول الابتعاد عن الناس وأحاول أن أكون لوحدي.

والبعد الرئيسي الرابع الذي يتكون من (٨) فقرات تعبر بمجملها عن البعد السلبي وهو عدم الارتباط السلوكي ومن أمثلته استسلم للألم ولا أفعل شيئاً، وأفكر وأقول لنفسي سوف تسوء الأمور، كما وظهرت فقرتان في هذا البعد أنتمت في الأداة الأصلية إلى بعد التقبل وهما أقول لنفسي هكذا تسير الأمور، وأقول لنفسي هذه هي الحياة، وعلى ما يبدو ونظراً لإختلاف الثقافة وعوامل الترجمة، قد تم تفسير هاتين الفقرتين على أنهما استسلام للواقع وتذمر من الحياة.

أما الفقرات الأخرى، فقد تجمعت بشكل غير تراكمي، وبالرغم من أنها عبرت عن أبعاد ظهرت في الأداة الأصلية، إلا أن تشتتها لم يسمح باستخدامها كأبعاد خصوصاً وأن معظم الأبعاد الرئيسية المهمة في الأداة الأصلية كانت قد ظهرت معظم فقراتها. ولقد سمح طول فقرات الأداة لإستبعاد الفقرات التي لم تنتم إلى مجموعات كبيرة من هنا نجد أن المقياس بصورته النهائية تكون من (٥٦) فقرة.

ثبات الأداة:

ومن أجل التحقق من ثبات الأداة، تم احتساب الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ الفا وعلى نفس عينة الصدق وكانت معاملات الثبات للأبعاد الأربعة كالتالي: (٠,٩٣٥ – ٠,٨٩٣– ٠,٧٧٥ – ٧٦٢,٠) أما معامل ثبات الأداة بصورتها النهائية البالغ عدد فقراتها (٥٦) فبلغ (٠,٨٩٩).

ولمزيد من إجراءات الثبات، فقد تم احتساب ارتباط الفقرة مع درجة البعد للمقياس وكانت معاملات الارتباط كالتالي ويشير الجدول (٢٣) إلى معاملات الارتباط:

الجدول٢٣. معامل ارتباط فقرات البعد الأول (التعامل المهدئ) مع درجة البعد لمقياس الاستجابة للألم (الأم)

الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد	الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد
٢	٠,٧٥٠	٣٣	٠,٥٠٨
٣	٠,٦٢٢	٣٥	٠,٦١٥
٥	٠,٤٢٤	٤٢	٠,٥٦٥
٧	٠,٥٥٦	٤٣	٠,٦٦٤
١٣	٠,٦٢٢	٤٥	٠,٦٤٧
١٤	٠,٦٩٢	٤٦	٠,٥٤٧
١٦	٠,٦٥٧	٥٣	٠,٤٤٨
١٧	٠,٤٠٩	٥٦	٠,٦٥٨
١٩	٠,٥٣٦	٥٧	٠,٦٦٣
٢١	٠,٥٨٧	٦١	٠,٥٠٦
٢٧	٠,٦٠٧	٦٤	٠,٤٠٥
٢٨	٠,٦٠٨	٧٤	٠,٥١٠
٣٠	٠,٥٨٤	٧٥	٠,٦٨٤
٣١	٠,٥٦١		

يتبين من الجدول (٢٣) أن درجات إرتباط فقرات البعد الأول وهو بعد التعامل المهدئ مع درجة البعد كان ارتباطاً مقبولاً لغايات إجراءات صدق الأداة.

كما يشير الجدول (٢٤) إلى معاملات إرتباط فقرات البعد الثاني (التعامل النشط) مع الدرجة الكلية للمقياس.

الجدول٢٤. معامل ارتباط فقرات البعد الثاني (التعامل النشط) مع درجة الكلية لمقياس الاستجابة للألم (الأم)

الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد	الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد
٤	٠,٥٠٤	٥٨	٠,٦٩٨
١٢	٠,٥٨٤	٥٩	٠,٧٥٥
٢٥	٠,٦٧١	٦٠	٠,٤٦٢
٣٨	٠,٤٢١	٦٢	٠,٥٩٩
٣٩	٠,٧٢٩	٦٥	٠,٦٨١
٤٠	٠,٤٢٨	٧١	٠,٢٩٩
٤٧	٠,٥٩٤	٧٣	٠,٦٨٧

يتبين من الجدول (٢٤)أن درجات إرتباط فقرات البعد الثاني وهو بعد التعامل النشط مع الدرجة الكلية كان ارتباطاً مقبولاً لغايات إجراءات صدق الأداة.

كما يشير الجدول (٢٥) إلى معاملات ارتباط فقرات البعد الثالث التعامل السلبي عزل الذات مع الدرجة الكلية للمقياس.

الجدول٢٥. معامل ارتباط فقرات البعد الثالث التعامل السلبي(عزل الذات) مع الكلية لمقياس الاستجابة للألم (الأم)

الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد	الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد
٨	٠,٥١٥	٥١	٠,٥٦٦
٢٢	٠,٤٢٥	٥٢	٠,٤٦٠
٢٣	٠,٣٧١	٦٨	٠,٥٦٦
٣٦	٠,٦٣٤		

يتبين من الجدول (٢٥)أن درجات إرتباط فقرات البعد الثالث وهو بعد التعامل السلبي (عزل الذات) مع درجة البعد كان ارتباطاً مقبولاً لغايات إجراءات صدق الأداة.

وأيضاً يشير الجدول (٢٦) إلى معاملات إرتباط فقرات البعد الرابع التعامل السلبي وعدم الارتباط السلوكي مع الدرجة الكلية للمقياس.

الجدول٢٦. معامل ارتباط فقرات البعد الرابع التعامل السلبي(عدم الإرتباط السلوكي) الدرجة الكلية الاستجابة للألم (الأم)

الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد	الفقرة	معامل ارتباط الفقره مع درجة البعد
٦	٠,٤٤٤	٤٩	٠,٥٥٧
٢٠	٠,٤٦٣	٥٠	٠,٤٦٧
٣٤	٠,٤٨٤	٦٦	٠,٥٠١
٤١	٠,٣٤٦	٦٧	٠,٤٤٣

يتبين من الجدول (٢٦) أن درجات إرتباط فقرات البعد الثالث وهو بعد التعامل السلبي (عدم الارتباط السلوكي) مع درجة البعد كان ارتباطاً مقبولاً لغايات إجراءات صدق الأداة.

من هنا فأن الأداة بصورتها النهائية تكونت من (٥٦) فقرة ملحق (١٣) عبرت بمجملها عن الجهود السلوكية والمعرفية لتعامل الأمهات مع الألم. يذكر أنه ليس هناك مقالات في أدب الموضوع تدعم أو تنفي وجود هذه الأبعاد وتقسيماتها سوى مقالة ووكر ورفاقها التي صممت خصيصاً لدراسة سلوك الألم عند الأطفال. عند القيام بتحليل المسار تم جمع البعدين الثالث عزل الذات والرابع عدم الارتباط السلوكي معاً واعتبارهما بعد التعامل السلبي.

إجراءات الدراسة:

تمهيداً للقيام بالدراسة تم القيام بما يلي:

١) التنسيق بين الجامعة الأردنية ووزارة التربية والتعليم لتسهيل مهمة البحث، حيث تم توجيه خطاب رسمي من الجامعة الأردنية إلى وزارة التربية والتعليم التي أوعزت بدورها إلى مديرية التعليم الخاص من أجل تسهيل مهمة التطبيق.

٢) تمت مراجعة قسم الإحصاءات في مديرية التعليم الخاص لجمع البيانات عن عدد المدارس وعدد الطلاب الملتحقين بهذه المدارس التي تنطبق عليهم معايير البحث وهم الطلاب والطالبات في الصفوف الرابع والخامس والسادس الإبتدائي التابعين لمديرية التعليم الخاص وبلغ عدد الطلاب في جميع المدارسة ٤٣٤٧٣.

٣) إجراء القرعة على اسماء المدارس الخاصة البالغ عددها ٤٣٩ مدرسة موزعة على تسع قصبات تشتمل مناطق عمان الغربية جبل عمان، جبل الحسين، اللوبيده الشميساني، أم أذينة عبدون ومنطقة الجامعة ومنطقة بيادر وادي السير والدوار السابع وتلاع العلي وخلدا وام السماق وصويلح وطاب كراع وابو نصير والمدينة الرياضية، والجبيهة، وضاحية الرشيد ومرج الحمام، وأم البساتين وناعور ومناطق عمان الشرقية وشملت سحاب، الموقر، القويسمة، جبل التاج، الجوفة، أبو علندا اليادودة، الجويدة، خريبة السوق، المقابلين وماركا الجنوبية والشمالية، جبل النصر وطارق، الهاشمي الشمالي، حي نزال، الأشرفية، جبل الزهور، الجبل الأخضر.

٤) تم تطبيق المسح التشخيصي على المدارس التي تم إجراء القرعة عليها وأعطيت كل إستبانة رقم متسلسل إبتدأ من الرقم ١ إلى الرقم ٣٢٠٤. يشكل هذا العدد عدد الطلاب والطالبات في ٢٢ مدرسة تم إجراء القرعة عليها والمنتظمون في الدوام في يوم التطبيق.

٥) بعد إجراءات المسح التشخيصي تمت مخاطبة الأمهات اللواتي أشارت نتائج المسح التشخيصي إلى أن اطفالهن يعانون من الآم شديدة والآم شديدة جداً وبتكرار مرة في الأسبوع وأكثر وكل يوم ليكونوا ضمن عينة الدراسة وذلك بإرسال رسالة خطية، ولقد بلغ عدد الأمهات المخاطبات ١٤٨٥ أماً.حيث أشارت الرسالة إلى الهدف من البحث وذكرت الباحثة ما يلي: يمر الأطفال بخبرات تحد خلال مراحل حياتهم منها تعرضهم لبعض الآلام والأمراض التي لا مفر منها وتود الباحثة القيام بدراسة عن خبرات الألم وطريقة تعامل الطفل معها وأثر الأمهات على هذه الخبرات، وذلك من أجل إرشادهن لأفضل الأساليب والطرق للتعامل مع الطفل في خلال أوقات المرض والهدف النهائي هو تحسين حياة الأطفال النفسية والاجتماعية والأكاديمية، وسعادتهم الآنية والمستقبلية بالرغم من تحديات الحياة.

آملين تعاونكم وصدقكم في تعبئة الاستبانات مع العلم بأن هذه المعلومات ستكون سرية وسوف تستعمل فقط لأعراض هذه الدراسة.

ولقد تضمنت هذه الرسالة مغلفاً يحتوي على الاستبانات المتعلقة بالأم وهي قائمة اضطراب الجسدنه للراشدين وقائمة تأثير صورة المرض وقائمة اعتقادات الأم وقائمة استجابة الأم للألم وقائمة استجابة الأم لسلوك اطفالهن المرضي.

تواصلت الباحثة مع مرشدات المدارس او مديراتها التي تم توزيع الإستبانات فيها للأمهات، وأعطيت مهلة مدتها أسبوعان للرد وتعبئة الإستبانات. ويذكر أن إستبانة المسح التشخيصي تضمنت اسم الطالب واسم المدرسة وكانت هناك ضرورة لوجود هذه المعلومات لتسهيل الرجوع إلى المدارس لإستكمال إجراءات الدراسة. يذكر أنه تم استلام ٦٦٠ مغلفاً من أصل (١٤٨٥)، لكن تم إستبعاد ٢١٠ مغلفاً لعدم توافر شروط تعبئتها.

بعد تسلم المغلفات من الطلاب التى أحتوت على الإستبانات المرقمة تم تطبيق المقاييس المتعلقة بالطفل وهي:_ قائمة إضطراب الجسدنة للأطفال، قائمة الإعتقادات للأطفال وقائمة الإستجابة للألم للأطفال، وأعطيت كل إستبانة للطفل نفس رقم إستبانة الأم والتي بالأصل أخذت نفس رقم الاستبانة التشخيصية للطفل.

تم التطبيق ضمن مجموعات صغيرة وفي غرفة المكتبة بالتعاون مع مرشدة المدرسة أو معلمة اللغة العربية إذ تم ضم الطلاب الذين يعانون من آلام متكررة ووافقت أمهاتهن على التعاون ومن نفس الصف في وقت واحد. وقامت الباحثة بقراءة الاستبانات إلى طلاب مجموعات الصف الرابع في الوقت الذي كانت المرشدة أو مُدرسة اللغة العربية تتجول بين الطلاب للتأكد من سلامة تعبئة البيانات وذلك لطول فقراتها وتعددها. ويذكر أن هذا الإجراء تم العمل به في الغرب من قبل ووكر عند تطويرها لهذا المقياس.

التصميم والتحليلات الإحصائية:

الدراسة الحالية هي دراسة ارتباطية تسعى لاختبار نموذج لتأثيرات الأمهات في سلوك الألم عند الأطفال لذا استخدم تصميم الدراسات الارتباطية المعروف بتحليل المسار Path analysis.

- استخدم برنامج Amos وذلك حتى يتسنى القيام بالتحليل الخاص لكل مسار ولمعرفة الارتباطات بين المتغيرات.
- تم استعمال الإحصائي كاي Chi- Square ومؤشر الملاءمة المقارن Comparative Fit index لتقييم مدى ملاءمة المعلومات مع النموذج النظري.

الفصل الرابع

النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى فحص نموذج مقترح لتأثيرات الأمهات في سلوك الألم عند الأطفال وذلك للتعرف على الأثر المباشر وغير المباشر للمتغيرات المتعلقة بالأم في سلوك الألم والمتمثل في تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الأطفال. كذلك، هدفت إلى معرفة مقدار التباين الذي تفسره متغيرات الأعراض والعجز عند الأمهات واستجابات الأمهات لسلوك أطفالهن المرضى للتنبؤ بتكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الأطفال، وهدفت الدراسة إيضاً إلى التعرف على مقدار التباين الذي تفسره متغيرات الأعراض والعجز عند الأمهات وتعامل الأمهات مع أعراضهن الخاصة بهن وتقييمات التهديد عند الأم لنوبة الم الطفل واستجابة الأم لسلوك الآلم عند الطفل في تقييمات التهديد كمتغير وسيط بين المتغيرات الوالدية ومتغير التعامل عند الأطفال وأخير الأثر المباشر لمتغير التعامل في تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الأطفال.

ولتحقيق ذلك، تم تطبيق أدوات الدراسة على العينة التي توافرت للباحثة والمكونة من ٤٥٠ طالبا وطالبة و ٤٥٠ أم ومن تم جمع البيانات وتحليلها.

وللإجابة على أسئلة الدراسة، حُللت البيانات باستخدام تحليل المعادلات البنائية Structural equation Analysis باستخدام برمجية Amos والتي تستخدم طريقة الاحتمالات القصوى في تقدير معالم النموذج. وللتحقق من مطابقة النموذج للبيانات والتي تُعنى بشكل رئيس بدلالة الفروق بين البيانات الملاحظة والبيانات كما يتنبأ بها النموذج أستخدم عدد من المؤشرات التي في معظمها تقدير للتباين بين مصفوفة البيانات المشتركة المحسوبة من البيانات وتلك المتنبأ بها من النموذج.

ولعل أهم هذه المؤشرات مربع كاي، ومربع كاي النسبي وهو قيمة مربع كاي مقسومة على درجات الحرية، ومتوسط مربعات الانحرافات الخطأ Root mean Square error approximation (RMSEA)، والذي يفحص الفرضية حول استقلالية النموذج النظري

للبيانات الفعلية ويعتبر النموذج مطابقاً للبيانات إذا كانت قيمة RMSEA، (٠٨,) وأيضاً مؤشر المطابقة التقاربي Comparative Fit Index (CFI) ويعتبر هذا المؤشر أكثر استقراراً من مربع كاي ويقوم أساساً على حساب نسبة مصفوفة التباين المشترك المحسوب من البيانات إلى مكونات التباين المشترك المحسوبة على أساس عدم وجود علاقات بين مكونات النموذج (علاقات عشوائية). وتعكس نسبة ٩٠, وأكثر مطابقة جيدة للنموذج. ولاستخراج هذه المؤشرات، تم فحص النموذج البنائي بإدخال المتغيرات السبعة التالية:

١-الأعراض والعجز عند الأمهات

٢- تعامل الأمهات مع أعراضهن الخاصة بهن.

٣- تقييمات التهديد عند الأمهات لأعراض أطفالهن

٤- استجابات الأمهات لسلوك الألم عند الطفل أو اعراض وشكاوى أطفالهن

٥- تقييمات التهديد عند الطفل

٦- التعامل مع الألم عند الطفل.

٧- تكرار الشكاوى والأعراض عند الطفل.

وللتمكن من تقليل تأثير القيم الشاذة الناتجة عن متغير واحد على نتائج تحليل المسار، تم تحديد الدرجات التي كانت قيمها أكبر من ٣ انحرافات معيارية عن متوسط المجموعة، ثم معالجتها احصائيا وتحويلها إلى قيم إحصائية مساوية للثلاثة انحرافات معيارية عن متوسط المجموعة (Tabachk & Fidell, 1983). حُسبت جميع مؤشرات مطابقة النموذج للبيانات والجدول (٢٧) يبين قيمها:

الجدول ٢٧. مؤشرات ملاءمة نموذج الدراسة المقترح

المؤشر	القيم
مربع كاي	٦٣٣,٤
نسبة مربع كاي إلى درجات الحرية	٦,٧
متوسط مربعات الانحرافات الخطأ RMSEA	,١١
مؤشر المطابقة التقاربي CFI	,٩٠

يتضح من مؤشرات مربع كاي ونسبة مربع كاي إلى درجات الحرية، أن النموذج المقترح لا يعتبر مطابقاً للبيانات كون مربع كاي دالٍ احصائيا، وكون النسبة بين مربع كاي ودرجات الحرية تزيد على ٣ وهي الحد الأقصى المقبول لإعتبار النموذج مقبولاً ووفق هذين المؤشرين فإن النموذج غير مقبول. إلا أنه وفي ضوء حساسية مربع كاي لإنحراف توزيع البيانات عن السوي، وهي الحالة التي وجدت في بيانات هذه الدراسة، فقد اعتمدت الباحثة مؤشر المطابقة التقاربي CFI كونه يتغلب على هذه الحساسية والذي كانت قيمته ٩٠, وهي القيمة التي يعتبر عندها النموذج مقبولاً. وأيد قبول النموذج كون قيمة المؤشر متوسط مربعات الانحرافات الخطأ RMSEA قريبة من (٠,٠٨) وهي الحد الذي يعتبر فيه النموذج مقبولاً، كما أيد قبول النموذج مدى التعقيد الذي يتميز به. هذا ولقد تم ذكر بعض المشكلات المتعددة المرتبطة بفحص مثل تلك النماذج المفاهيمية في مجال البحوث التربوية، وفي هذا الصدد، ذكر بنتلر (1995) Bentler أنه في العادة يتم الأخذ بهذه النماذج على أساس مقاربتها للواقع وليس المقصود التطابق الكامل، فالتطابق والتماثل التامين مع الواقع هو معيار شديد وقاس جدا. وفي ضوء ذلك، اعتبر النموذج البنائي مقبولاً وبالتالي يمكن استخدام بياناته في الإجابة على اسئلة الدراسة.

السؤال الأول:

ما هي العلاقات الإرتباطية بين متغيرات الدراسة؟ الأعراض والعجز عند الأمهات، وطريقة تعامل الأمهات مع أعراضهن، وتقييمات الأمهات لنوبة ألم الطفل أو أعراض الطفل،واستجابات الأمهات لسلوك الألم عند الطفل أي الشكاوى والأعراض، وتقييمات التهديد عند الطفل وأسلوب تعامله مع الألم، وتكرار الأعراض والشكاوى الجسدية لديه.

للإجابة على هذا السؤال حُسبت معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة فيما بينها والجدول (٢٨) يوضح مصفوفة معاملات الارتباط هذه.

الجدول ٢٨. مصفوفة العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة

	١الأعـــــراض والــــــشكاوى الجـــسدية عنــد الطفل	٢ استجابة رعوية	٣ استجابة تقليل	٤ التعامـــل النــــشط للطفل	٥ التعامـــل الــــسلبي للطفل	٦ التعامـــل المهــــدئ للطفل	٧ التعامـــل المهدئ للأم	٨ التعامـــل النشط للأم	٩ التعامـــل السلبي للأم	١٠ الأعراض والعجز عنـد الأم	١١ تقييمات التهديد للأم	١٢ تقييمـــات التهديـــد للطفل
١. الأعـــراض والــــــشكاوى الجـــسدية عنـــد الطفل	–	–										
٢. اســــتجابة رعوية	٠,٠٠٧	–										
٣. اســــتجابة تقليل	,١١٥*	–,٠٩٧*	–									
٤. التعامـــــل النشط للطفل	,٠١٥	–,١١٣*	,٠٠٢	–								
٥. التعامـــــل السلبي للطفل	,٠١١	,٠٥٦	–,٠١٧	–,٠٧٤								
٦. التعامـــــل المهدئ للطفل	,١٣٣**	–,٠٠٦	,٠٢٨	,١٣٦**	–,٠٤٢	–						
٧. التعامـــــل المهدئ للأم	,١٨٠**	–,٠٥٣	,٠٧٧	–,٠٠٤	–,٠٠٤	,٩٠٤**	–					
٨. التعامـــــل النشط للأم	,٠٥٥	,١٧٤**	,٠٠٨	,٨٦٥**	–,٠٠٧	,١٦٨**	,٠٠٢	–				
٩. التعامـــــل السلبي للأم	,٣٥٧**	,٠٣٦	–,١١١*	–,٠٢٢	,٣٩٥**	,٢٢٩**	,٣٢٢**	,٠٦٢	–			
١٠. الأعـــراض والعجـــز عنـــد الأم	,٧٨٠**	,٠٦٣	,١٠١*	,٠٦٦	–,٠٣٠	,٠٧٥	,١٢٥**	,٠٩٠	,٣٠٦**	–		
١١. تقييمـــات التهديد للأم	,٢٦٨**	,٠٠٦	,٠٧٧	–,.٠٣١	,٠٢٦	–,١٤٦**	–,١٠٨*	–,٠٢١	,١٤٥**	,٢٧**	–	
١٢. تقييمـــات التهديد للطفل	,١٨٤**	,٠١٣	–,٠٥٤	–,٠٥٧	,٠٣٥	–,١٤٩**	–,١١٥*	–,٠٦٠	,٠٩٤*	,١٨٧**	,٩٠٤**	–

* مستوى الدلالة الإحصائية (α = ٠,٠٥).

** مستوى الدلالة الإحصائية (α = ٠,٠١).

يتضح من الجــدول (٢٨) أن الأعــراض والــشكاوى الجــسدية عنــد الطفــل قــد ارتبطــت ارتباطاً دالاً إحصائياً مع استجابة التقليل لسلوك الألــم عنــد الأمهــات حيــث بلــغ معامــل الارتبــاط (١١٥,) وعلى مستوى دلالـــة (٠٥,). ويبـــدو أن هـــذا الارتبـــاط جـــاء بالاتجـــاه الإيجـــابي وبقيمـــة متواضعة، أي أن استجابة التقليل من قبل الأم لسلوك الآلم عند الطفــل قــد يرافقهــا ارتفــاع بــسيط بتكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل.

كذلك تبين أن الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفــل قــد ارتبطــت ارتباطــاً موجبــاً ودالاً إحصائياً مع التعامل المهدئ من قبل الطفــل إذ بلــغ معامــل الارتبــاط (١٣,) وعلــى مــستوى الفــا (٠١,) وبالرغم من أن هذه النسبة جــاءت متواضــعة إلا أنهــا توضــح إن الارتفــاع فــي مــستويات استعمال الأطفال لاستراتيجية التعامل المهدئ قد يرافقــه ارتفــاع فــي تكــرار الأعــراض والــشكاوى الجسدية.

أما بالنسبة لقيمة ارتباط متغيــر الأعــراض والــشكاوى الجــسدية عنــد الطفــل مــع متغيــر التعامل المهدئ من قبل الأم لأعراضها الخاصة بها، فلقــد جــاءت أفــضل مــن ســابقتيها وبالاتجــاه الايجابي، إذ بلغ معامل الارتبـــاط (+١٨,) وعلـــى مـــستوى دلالـــة (٠١,). وهـــذا يعنـــي أن ارتفـــاع مستويات استعمال الأم للتعامل المهـدئ مـــع آلامهـــا قـــد يرافقـــه ارتفـــاع فـــي تكـــرار الأعـــراض والشكاوى الجسدية عند الطفل. وهذا يتـــشابه مـــع طبيعـــة الارتبـــاط بـــين التعامـــل المهـــدئ للطفـــل والأعراض والشكاوى لديه ولكن من المفترض أن يكون هذا الارتبـــاط ســـالباً، فـــالأم التـــي تـــستعمل تعاملات مهدئه مع آلامها من المفترض أن يقوم الطفل بنمذجـــة هـــذا التعامـــل وبالتـــالي قـــد يـــستعمل هذا الأسلوب عندما يتعرض لنوبات ألم. وهذا النوع من التعامـــل مـــع الألـــم يُتوقـــع أن يـــرتبط ســـلباً مع تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية. ولكـــن يبـــدو أن اســـتعمال الطفـــل للتعامـــل المهـــدئ مـــع الأمه لم يرتبط مع نقصان في تكرار الأعراض والشكاوى الجـــسدية كمـــا بـــدا فـــي النيتجـــة الـــسابقة وهي (+١٣,).

هذا وارتبط متغير الأعراض والشكاوى الجـــسدية عنـــد الطفـــل مـــع تعامـــل الأم الـــسلبي مـــع أعراضها ارتباطـــاً موجبـــاً ودالاً إحـــصائياً علـــى مـــستوى الفـــا (٠١,) إذ بلـــغ معامـــل الارتبـــاط (٠,٣٥٧). ويبدو أن نسب الارتباط أعلى من سابقتيها، كما جاءت بالاتجـــاه التـــي تـــم افتراضـــه فـــي

هذه الدراسة. فاستعمال الأم لتعاملات سلبية مع أعراضــها يــرتبط إيجابيــاً مــع تكــرار الأعــراض والشكاوى الجسدية عند الطفل.

ويتضح من الجدول (٢٨) أن أكثر المتغيرات التــي كانــت معــاملات ارتباطهــا مــع متغيــر الأعراض والشكاوى الجسدية موجبة ودالة إحصائياً وبقيمة عاليــة وعلــى مــستوى الفــا (٠١,) هــو متغيــر الأعــراض والعجــز عنــد الأمهــات إذ بلغــت قيمــة الارتبــاط (٧٨,)، حيــث أن تكــرار الأعراض والشكاوى عند الطفل قد يرافقه تكرار للأعراض والعجز عند الأمهات.

كــذلك تبــين مــن مــصفوفة العلاقــات الارتباطيــة (الجــدول ٢٨) أن متغيــر الأعــراض والشكاوى الجسدية عند الطفــل قــد ارتــبط ارتباطــاً دالاً وموجبــاً إحــصائياً وقيمتــه (٢٩,) وعلــى مستوى الفا (٠١,)، مع تقييمات التهديد عنــد الأم، وهــذا يــشير إلــى أن ارتفــاع مــستويات التهديــد عند الأم لنوبة ألم الطفل قد يرافقه ارتفاع فــي تكــرار الأعــراض والــشكاوى الجــسدية لديــه. أمــا بالنسبة لارتباط متغير الأعراض والشكاوى الجــسدية عنــد الطفــل مــع متغيــر تقييمــات التهديــد لديه، فلقد كان دالاً إحــصائياً وبلــغ معامــل الارتبــاط (١٨٤,) وعلــى مــستوى الفــا (٠١,) أي أن الارتفاع في مستوى تقييمــات التهديــد عنــد الطفــل قــد يرافقــه ارتفــاع فــي تكــرار الأعــراض والشكاوى الجسدية لديه.

أما فيما يتعلق بمتغير الاستجابة الرعويــة مــن قبــل الأم لــسلوك الألــم عنــد الطفــل، فلقــد أظهرت مصفوفة العلاقات الارتباطية أن ارتباطهــا بمتغيــر اســتجابة التقليــل مــن قبــل الأم جــاء بنسب متواضعة جداً وبالاتجاه السلبي (-٠,٠٩٧)، وعلــى مــستوى الدلالــة (٠,٠٥) وهــذا يعنــي أن العلاقة العكسية المتواضعة جداً بين استجابة التقليل والاستجابة الرعويــة قــد تــدل علــى أن الأم قــد تغير استجابتها من رعوية إلى تقليل. كما ارتبطت الاستجابة الرعويــة مــن قبــل الأم مــع التعامــل النشط للطفل ارتباطاً دالاً إحصائياً وبالاتجــاه الــسالب إذا بلــغ معامــل الارتبــاط (-٠,١١)، علــى مستوى الفا (٠,٠٥) وبالرغم من أن هذه القيمة متواضــعة إلا أنهــا قــد تــدل علــى أن اســتجابة الأم إزاء سلوك الألم لدى الطفل بطرق رعوية قــد يرافقهــا انخفــاض فــي اســتعماله لأســاليب التعامــل النشط مع ألامه. أما بالنسبة لارتبــاط الاســتجابة الرعويــة مــن قبــل الأم مــع متغيــر تعامــل الأم النشط مع أعراضها الخاصة بها فلقد كــان ذا دلالــة إحــصائية وبالاتجــاه الإيجــابي وبلغــت قيمــة معامل الارتباط (١٧٤,) وعلى مــستوى الفــا (٠,٠١)، فــالأم التــي تــستجيب بطــرق رعويــة لالآم

طفلها يبدو أنها تتعامل مع آلامها بطرق نشطة. بالرغم من أن هذه القيمة ليست مرتفعة، إلا أنها قد تعطي مدلولات عن طبيعة ارتباط متغيرات الام بعضها ببعض، وقد يبدو ذلك خارج نطاق الاسئلة البحثية إلا أن هذه الارتباطات بين متغيرات الام قد تفسر التناقض في بعض النتائج.

وارتبطت استجابة التقليل من قبل الام لسلوك الألم عند الطفل مع التعامل السلبي مع آلامها الخاصة بها ارتباطاً دالاً إحصائياً إذ بلغ معامل الارتباط (٠,١١) وعلى مستوى الفا (٠,٠١). وبالرغم من أن هذه النسبة ذات دلالة إحصائية إلاّ أنها جاءت متواضعة. فالأم التي تستعمل أساليب التقليل كاستجابة لألام طفلها يبدو أن ذلك قد يرافقه استعمال أساليب تعامل سلبية مع أعراضها الخاصة بها. كما وارتبطت استجابة التقليل من قبل الام ارتباطاً دالاٍ إحصائياً وعلى مستوى الفا (٠,٠٥) مع الإعراض والعجز لديها أيضاً، جاءت النسبة متواضعة إذ بلغ معامل الارتباط (٠,١٠١).

أما بالنسبة لمتغير تعامل الطفل النشط مع الأمه فلقد ارتبط مع متغير التعامل المهدئ مع الألم للطفل ارتباطاً موجباً ودالاً إحصائياً وعلى مستوى الفا (٠,٠١)، إذ بلغ معامل الارتباط (٠,١٣٦)، وهذا يعني أن الطفل الذي يستعمل أساليب تعامل نشطة قد يستعمل أساليب تعامل مهدئة. ومن أكبر الارتباطات وضوحاً هو بين متغير التعامل النشط من قبل الطفل ومتغير التعامل النشط من قبل آلام، فلقد بلغ معامل الارتباط (+٠,٨٦٥) وعلى مستوى الفا (٠,٠١)، وهذا يعني أنه كلما استعمل الطفل أساليب تعامل نشطه كلما رافقه ارتفاع في مستويات التعامل النشط من قبل الأم.

وارتبط التعامل السلبي مع الألم من قبل الطفل مع استعمال والدته للتعامل السلبي مع الامها وبدلالة إحصائية، إذ بلغ معامل الارتباط (٠,٣٩٥) وعلى مستوى الفا (٠,٠١)، فالأم التي تستعمل أساليب سلبية للتعامل مع الأمها يبدو أن طفلها يميل إلى استعمال نفس الأسلوب من التعامل مع الأعراض. فالأرتفاع في مستويات التعامل السلبي عند الأم قد يرافقه ارتفاع في استعمال التعامل السلبي مع الألم عند الطفل.

أما أكبر الارتباطات الدالة إحصائياً فلقد كان بين متغيـر التعامـل المهـدئ مـن قبـل الطفـل مع متغير التعامل المهدئ من قبل الأم حيث بلـغ معامـل الارتبـاط (٠,٩٠٤) وعلـى مـستوى الفـا (٠,٠١) ويبدو أنه كلما استعملت الام تعاملات مهدئـة مـع أعراضـها كلمـا رافقـه اسـتعمال نفـس الاستراتيجية مع الألم من قبل الطفل. كما وارتبط التعامل المهدئ مـع الألـم مـن قبـل الطفـل مـع متغير التعامل النشط للأم وبدلالة إحصائية إذ بلغ معامـل الارتبـاط (٠,١٦٨) وعلـى مـستوى الفـا (٠,٠١) ومع التعامل السلبي للأم مـع الألـم وبنـسبة (٠,٢٢٩) وعلـى مـستوى الفـا (٠,٠١). أمـا فيما يتعلق بمعاملات ارتباط التعامـل المهـدئ للطفـل مـع تقييمـات التهديـد عنـد الأم وتقييمـات التهديد عند الطفل فلقـد جـاءت معـاملات الارتبـاط سـالبة إذ كانـت علـى التـوالي (-٠,١٤٦) ، (-٠,١٤٩)، وهذا يعني أنه كلما استعمل الطفـل أسـاليب تعامـل مهدئـه مـع آلامـه كلمـا رافقـه انخفاض في مستويات تقييمات التهديد لديه ولدى الأم.

وتبين أيضاً من الجدول (٢٨) أن قيمة معامل ارتبـاط متغيـر التعامـل المهـدئ لـلأم مـع متغير التعامل السلبي لديها بلـغ (٣٢٢,) ($\alpha \geq$ ٠,٠١) وهـذه القيمـة الموجبـة والمتوسـطة والدالـة إحصائياً تعني أن الأم قد تستعمل أساليب تعامل سلبية ومهدئة فـي أوقـات المـرض. كمـا وارتـبط متغير التعامل المهدئ من قبل الآم مع متغيـر الأعـراض والعجـز لـديها وبلـغ معامـل الارتبـاط (٠,١٢٥)، وعلى مـستوى الفـا (٠,٠١). كمـا جـاءت معـاملات الارتبـاط بـين متغيـر التعامـل المهدئ من قبل الأم مع متغير تقييمات التهديد لديها وتقييمـات التهديـد لـدى الطفـل سـالبة وبنـسب متواضـعة إذ بلغـت علـى التـوالي (-٠,١٠٨) (-٠,١١٥) ويـدل ذلـك علـى ان اسـتعمال الأم لإساليب تعامل مهدئه قد يرافقه انخفاض في مستويات تقييمات التهديد لنوبـة ألـم طفلهـا كمـا وقـد يرافقه أيضاً انخفاض في تقييم الطفل لنوبة الألم لديه على أنها مهددة.

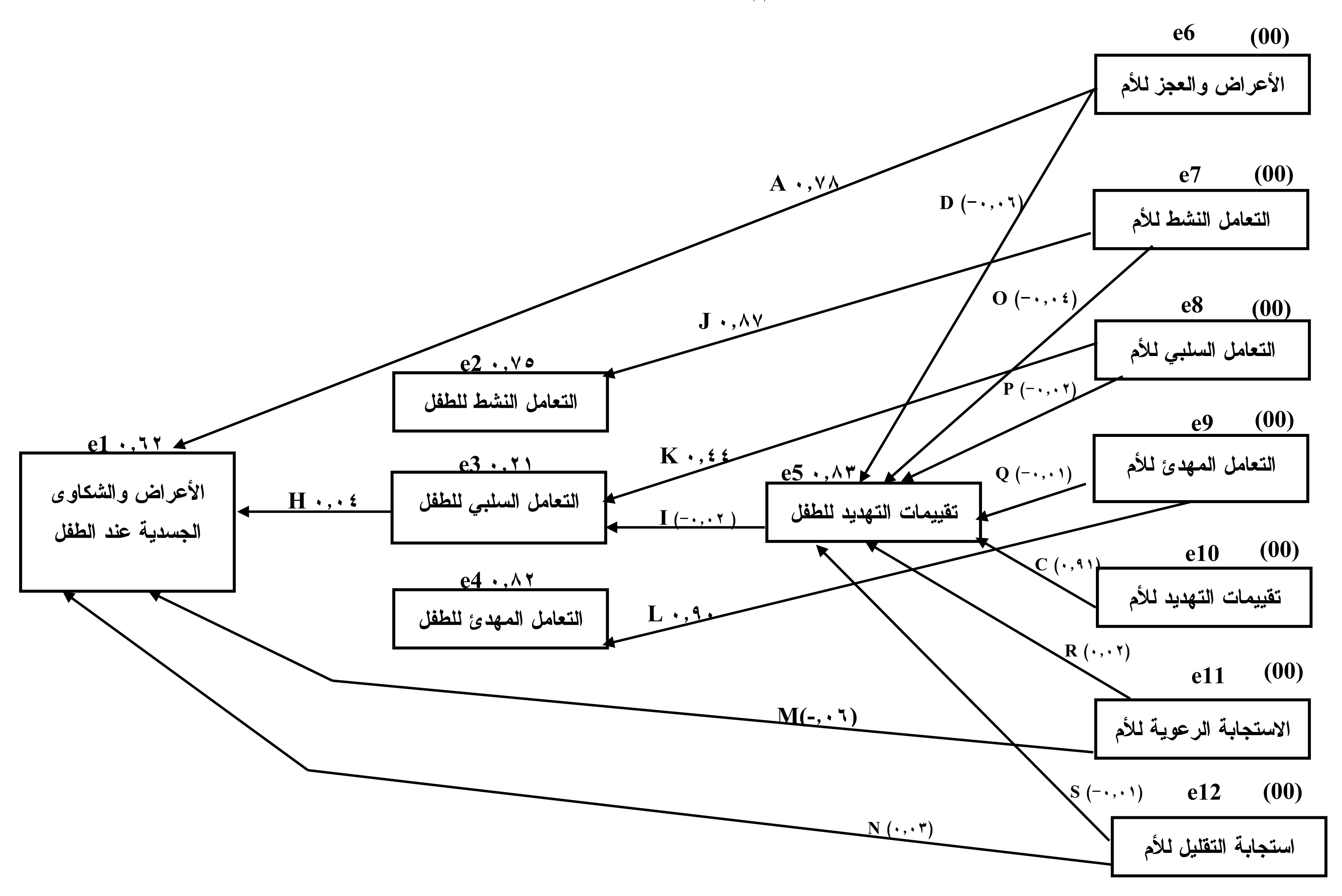
وبالنسبة لتعامل الأم السلبي مع آلامها الخاصة بهـا فلقـد ارتـبط هـذا المتغيـر ارتباطـاً دالاً إحصائياً وعلى مستوى الفا (٠,٠١) مع متغير الأعراض والعجـز لـديها، إذ بلـغ معامـل الارتبـاط (٠,٣٠٦) كما وارتبط متغير التعامل السلبي لـلأم وبدلالـة إحـصائية وعلـى مـستوى الفـا (٠,٠١) مع متغير تقييمات التهديد لديها وكان معامل الارتبـاط (٠,١٤٥) وهـذا يعنـي أن الأم التـي تـستعمل أساليب تعامل سلبية مع الأمها قد ترتفع لديها مستويات الأعراض والعجـز، كمـا قـد ويرافـق ذلـك ارتفاع في تقييماتها للتهديد التي تشكله نوبة الألم علـى طفلهـا. أمـا بالنـسبة لقيمـة إرتبـاط متغيـر

التعامل السلبي للأم مع الألم مع متغير تقييمات التهديد للطفل وبـــالرغم مـــن أنهـــا دالـــة إحـــصائياً، إلا أنها جاءت بنسب متواضعة جداً (٠,٠٩٤)(α = ٠,٠٥).

كما أظهرت مصفوفة العلاقات الارتباطية أن متغير الأعـــراض والعجـــز عنـــد الأم ارتـــبط ارتباطاً إحصائياً وعلى مستوى الفا (٠,٠١) مـــع متغيـــر تقييمـــات التهديـــد عنـــد الأم ومـــع متغيـــر تقييمات التهديد عند الطفل، إذا بلغت قيمـــة معامـــل الارتبـــاط وبالترتيـــب (٠,٢٧)، (٠,١٨٧)، وهـــذا يدل على أن الارتفاع في مستويات الأعراض والعجز عنـــد الأم قـــد يرافقـــه ارتفـــاع فـــي مـــستويات تقييمات التهديد لديها ولدى الطفل.

وأخير فإن أكبر الارتباطات الدالـــة إحـــصائياً كانـــت بـــين متغيـــر تقييمـــات التهديـــد لـــلأم ومتغير تقييمات التهديد للطفـــل إذ بلغـــت قيمـــة معامـــل الارتبـــاط (٠,٩٠٤) وعلـــى مـــستوى الفـــا (٠,٠١). وهذا يدل على أن الارتفاع في مستويات التهديد عند الأم قـــد يرافقـــه ارتفـــاع فـــي مـــستوى تقييمات التهديد عند الطفل وهذه النسبة واضحة جداً كما ذكرنا.

وللإجابة على الأسئلة (٢، ٣، ٤، ٥، ٦) تـــم إجـــراء تحليـــل المـــسار وذلـــك للتحقـــق مـــن الأثر المباشر وغير المباشر للمتغيرات المتعلقة بـــالأم والمتغيـــرات المتعلقـــة بالطفـــل ويبـــين الـــشكل (٤) معاملات الانحدار المعياري لمتغيـــرات الدراســـة وفيمـــا يلـــي وصـــف للنتـــائج المتعلقـــة بتلـــك الأسئلة.



الشكل ٤. معاملات الانحدار المعيارية لمتغيرات الدراسة

السؤال الثاني:

ما هو الأثر المباشر للمتغيرات المتعلقة بالأم بأعراض وعجز الأم (المسار A) واستجابتا الأم لسلوك الألم عند الطفل وهما الاستجابة الرعوية مسار (M) واستجابة التقليل مسار (N)؟

استخرجت تقديرات معاملات الانحدار المعيارية باستخدام طريقة الارجحية القصوى وكانت كما يبين الجدول (٢٩).

الجدول ٢٩. معاملات الأثر المباشر للمتغيرات المتعلقة بالأم الأعراض والعجز واستجابتها لسلوك الألم لدى الطفل في تكرار الشكاوى والأعراض عند الطفل

متغيرات الأم	تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل
الأعراض والعجز	,٧٨
الاستجابة الرعوية	-,٠٦
استجابة التقليل	,٠٣

يتضح من الجدول (٢٩) أن أكبر التأثير مباشرة على تكرار سلوك الألم أي تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل هو الأعراض والعجز عند الأم أي السلوك المرضي للأم حيث بلغ (٠,٧٨). وبشكل عام فإن هذه المتغيرات الثلاثة مجتمعة فسرت ما قيمته (٦٢%) من التباين في تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل الشكل (٤). أما بالنسبة للتأثيرات المباشرة لاستجابة التقليل على متغير تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية فكانت بالاتجاه الإيجابي وبمقدار متواضع جداً وهو (٠,٠٣) وتجاوزا نستطيع القول أن استجابة الأم لسلوك الألم عند الطفل بأسلوب له تأيثر قليل على زيادة تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل.

ويظهر من الشكل (٤) أن التأثيرات غير المباشرة لاستجابة التقليل من قبل الأم في سلوك الألم أي تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية كانت قريبة من الصفر، وهذا يعني أن تأثير استجابة

التقليل للأم على تكـرار الأعـراض والـشكاوى الجـسدية كانـت فـي جميعهـا مباشـرة وبنـسبة متواضعة جداً.

أما فيما يتعلق بالاستجابة الرعويـة لـلأم فكـان تأثيرهـا سـالباً علـى تكـرار الأعـراض والشكاوى الجسدية وبقيمـة متواضـعة أيـضاً، إذ بلغـت (٠,٠٦-). ويبـدو أن مجمـل هـذا الأثـر المتواضع جاء مباشراً إذ أن التأثير غير المباشر كان قريباً من الصفر، بمعنـى أنـه لـم يكـن هنـاك تأثيراً يذكر لهذه الاستجابة على متغير تقييمات التهديـد عنـد الطفـل والـذي يتوسـط العلاقـة بـين الاستجابة الرعوية وتكرار الأعراض والشكاوى الجـسدية عنـد الطفـل وهـذا أيـضاً ينطبـق علـى استجابة التقليل عند الأم لسلوك الألم عند الطفل.

وفيما يتعلق بالـسؤال الثالـث حـول الأثـر المباشـر للمتغيـرات المرتبطـة بـالأم وهـي الأعـراض والعجـز والتعامـل النـشط والتعامـل الـسلبي والتعامـل المهـدئ وتقييمـات التهديـد والاستجابة الرعوية واسـتجابة التقليـل فـي تقييمـات التهديـد عنـد الطفـل كمتغيـر وسـيط بـين المتغيرات المتعلقة بالأم وتكرار الأعراض والـشكاوى الجـسدية عنـد الطفـل، المـسارات بالترتيـب (D, O, P,Q, C, R, S)، فلقد حسبت معاملات الانحدار المعياريـة علـى هـذا الأسـاس والجـدول (٣٠) يوضح قيم هذه المعاملات.

الجدول ٣٠. معاملات الانحدار المعيارية للمتغيرات المتعلقة بالأم في تقييمات التهديد عند الطفل

متغيرات الأم	تقييمات التهديد
الأعراض والعجز	-,٠٦
التعامل النشط للأم	-,٠٤
التعامل السلبي للأم	,٠٢
التعامل المهدئ للأم	-,٠١
تقييمات التهديد للأم	,٩١
الاستجابة الرعوية للأم	,٠٢
استجابة التقليل للأم	-,٠١

يتضح من الجـدول (٣٠) أن أهـم المتغيـرات تـأثيراً فـي تقييمـات التهديـد للطفـل هـي تقييمات التهديد للأم وبشكل عام، فقد فسرت كل هذه المتغيـرات وبـشكل مباشـر ٨٣% مـن تبـاين تقييمات الطفـل للتهديـد (٠,٨٣) الـشكل (٤) وتعتبـر هـذه النـسبة دلـيلاً علـى جـودة النمـوذج وشموليته في تفسير تقييمـات التهديـد عنـد الطفـل. أمـا بالنـسبة لمتغيـرات الأعـراض والعجـز والتعامل النشط للأم والتعامل المهدئ للأم واسـتجابة التقليـل لـلأم فلقـد جـاءت تأثيراتهـا بالاتجـاه السلبي وبنسب متواضعة جداً.

ويبدو أن معظم الأثر في تقييمات التهديد عند الطفل جاء مـن متغيـر تقييمـات التهديـد عنـد الأم ويمكن القول أنه كلما قدرت الأم ألم الطفل على أنه مهـدد لـصحته العامـة وتـزامن ذلـك مـع استعمالها لأساليب تعامل سلبية مع آلامها الخاصـة بهـا واسـتجابت بطـرق رعويـة لـلألام التـي يتعرض لها الطفل كلما ارتفعـت تقييمـات التهديـد لديـه. ويمكـن القـول أن تبـاين الأطفـال فـي تقييمات التهديد لنوبة الألم الراجـع إلـى اسـتجابة الأمهـات لـسلوك الألـم عنـد الطفـل وأسـلوب تعاملهن مع الأمهن والأعراض العجز لديهن لم يكن ذا قيمة إحصائية كبرى.

وفيما يتعلق بالسؤال الرابع حول الأثر المباشر لمتغيـر تعامـل الأم بأنماطـه الثلاثـة النـشط والسلبي والمهدئ في أسلوب تعامل الطفل مـع آلامـه النـشط والـسلبي والمهـدئ (المـسارات J, K, L)، فلقد حسبت معاملات الانحـدار المعياريـة ويبـين الجـدول (٣١) معـاملات الانحـدار ونـسب التباين المفسره لتعاملات الأم وتعاملات الطفل مع الألم.

الجدول٣١. معاملات الانحدار المعيارية ونسب التباين المفسرة لتعاملات الأم والطفل مع الألم

التعاملات مع الألم	معاملات الانحدار المعيارية	نسبة التباين المفسرة
التعامل النشط للطفل التعامل النشط للأم	,٨٧	,٧٥
التعامل السلبي للطفل التعامل السلبي للأم	,٤٤	,٢١
التعامل المهدئ للطفل التعامل المهدئ للأم	,٩١	,٨٢

يتبين من الجدول (٣١) أن الأثر المعياري المباشر لمتغير التعامل النشط والتعامل المهدئ عند الأم في التعامل النظير أو المماثل عند الطفل كانت مرتفعة وبشكل واضح وملموس، إذ بلغ معامل الانحدار المعياري لتعامل النشط عند الطفل والتعامل النشط عند الأم (٠,٨٧) وبلغ معامل الانحدار المعياري لتعامل المهدئ للطفل مع التعامل المهدئ للأم (٠,٩١). بينما أقل القيم جاءت من متغير التعامل السلبي عند الأم في التعامل السلبي عند الطفل (٠,٤٤). وكذلك الأمر بالنسبة لنسب التباين المفسرة، فلقد جاءت نسبة التباين المفسره للتعامل السلبي للأم والطفل أقل وبوضوح وهي (٢١%) بينما كانت نسبة التباين المفسرة للتعامل النشط للطفل مع التعامل النشط للأم (٧٥%). أما بالنسبة لنسبة التباين المفسره بين التعامل المهدئ لطفل والتعامل المهدئ للأم فلقد بلغت (٨٢%). وهذا يعني أن الأثر الذي يتركه استعمال الأم لاستجابة التعامل النشط والتعامل المهدئ هو أعلى من الأثر الذي يتركه استعمال الأم للتعامل السلبي، فالتباين في تعاملات الأطفال السلبية مع الآمهم، لا يعود وبشكل كبير لتعاملات أمهاتهم مع الأمهن.

وللإجابة على السؤال الخامس حول الأثر المباشر للتعامل السلبي للطفل مع الألم في تكرار الشكاوى والأعراض (مسار H) فلقد حسب معامل الانحدار المعياري، ويتضح من الشكل (٤) أن الأثر المعياري المباشر كان (٠,٠٤) وتبدو هذه القيمة قليلة ومتواضعة فتعامل الطفل السلبي مع الألم لم يكن له الأثر المباشر الواضح في تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل. ويبدو أن هناك مسارات أخرى كان لها الأثر الأكبر في تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية بالإضافة إلى المسار المباشر بين تكرار الأعراض والعجز عند الأمهات وبين تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل.

وللإجابة على السؤال السادس حول الأثر المباشر لتقييمات التهديد عند الطفل في أسلوب تعامل الطفل السلبي مع الألم (المسار I)، فلقد تم حساب معامل الانحدار المعياري وبلغت قيمة الأثر المعياري المباشر (٠,٠٢٥-) كما هو مبين في الشكل (٤).

يبدو أن أثر تقييمات التهديد في التعامل السلبي عند الطفل جاء أيضاً بقيمة متواضعة وبالاتجاه السالب بمعنى أن الارتفاع في تقييمات التهديد عند الطفل لم يكن له الأثر المباشر

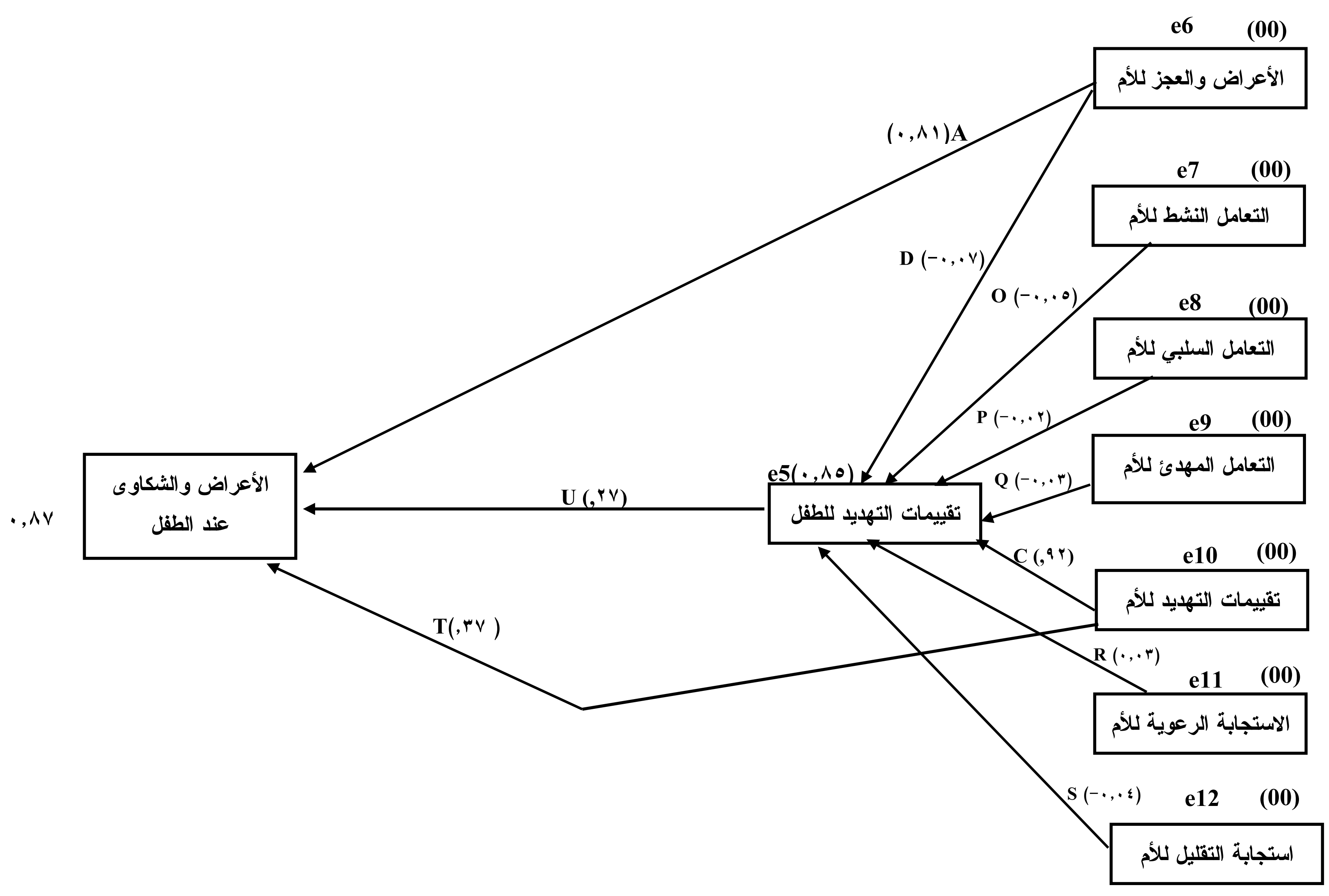
على استعمال الطفل للتعامل السلبي مع الألم. وأيضاً يبدو هنا أن هناك مسارات أخرى مباشرة وغير مباشرة ساهمت في تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل. وهذه النتيجة تقترح أنه من الممكن لتقييمات التهديد عند الطفل أن تكون منبئاً أفضل لتكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل. وبالرجوع إلى العلاقات الارتباطية بين تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل وبين متغيرات الأم والطفل نلاحظ أنه لم يكن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين التعامل السلبي للطفل وتكرار الأعراض والشكاوى الجسدية لديه، بينما كانت هناك علاقات ارتباطية دالة إحصائياً وعلى مستوى الفا (٠,٠١) بين تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عنده الطفل وكل من التعامل السلبي للأم (٠,٣٥٧) والأعراض والعجز للأم (٠,٧٨) وتقييمات التهديد عند الأم لنوبة ألم الطفل (٠,٢٦٨) وتقييمات التهديد عند الطفل (٠,١٨٤).

بناء على ما سبق من النتائج ولغرض التحقق من أثر تقييمات التهديد المباشر عند الطفل وعند الأم في تكرار الشكاوى عند الطفل، تم إضافة مسارين مباشرين بين هذين المتغيرين وبين تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل(T – U) كما تم شطب المساران من استجابة الأمهات لسلوك الألم عند الأطفال (N-M) وذلك لعدم وجود أثر مباشر واضح بين هذين المتغيرين وتكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل إذا كانت نسب التباين المفسرة للمسارين (٠٦,–، ٠٣,). كما تم شطب المسارات التي كانت قيمها متواضعة جداً وهي المسارات (H, I,) أما المسار (K) فقد ألغي بشكل قصري عندما تم ألغاء المسار (H) ومن ثم تم إجراء تحليل استكشافي. أظهرت النتائج أن النموذج لا يزال يعتبر مطابقا للبيانات إذ بلغت قيمة مؤشر المطابقة التقاربي CFI ٩١, وقيمة مؤشر RMSEA ١٠, وهي في الواقع أفضل بقليل من المؤشرات السابقة. ويبين الجدول (٣٣) قيم مؤشر ملاءمة النموذج المقترح بعد إجراء التحليل الاستكشافي.

الجدول ٣٢. قيم مؤشر ملاءمة النموذج المقترح بعد إجراء التحليل الاستكشافي

المؤشر	القيم
متوسط مربعات الانحرافات الخطأ RMSEA	,١٠
مؤشر المطابقة التقاربي CFI	,٩١

ويبين الشكل (٥) معاملات الانحدار المعيارية للأثر المباشر وغير المباشر للمتغيرات المتعلقة بالأم في المتغيرات المتعلقة بالطفل بعد إضافة المسارين (U – T) وشطب المسارات (I, H, K, L, M) أي بعد إجراء التحليل الاستكشافي.



الشكل ٥. معاملات الانحدار المعياري لمتغيرات الدراسة بعد إجراء التحليل الاستكشافي

يتبين من الشكل (٥) أن معاملات الانحدار المعيـاري بـين تقييمـات التهديـد لـلأم وتكـرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل ٠,٣٧ وبين تقييمـات التهديـد للطفـل وتكـرار الأعـراض والشكاوى الجسدية (٠,٢٧)، وبين الأعراض والعجز عنـد الأمهـات (٠,٨١)، وهـذا يـدل علـى أن تقييمات التهديد عند الأم لها أثر مباشر وغير مباشـر علـى تكـرار الأعـراض والـشكاوى الجـسدية عند الطفل من خلال تأثيرها على تقييمات التهديد عند الطفل. كمـا أن تقييمـات التهديـد عنـد الطفـل لها أثر مباشر علـى تكـرار الـشكاوى عنـده. وفـسرت كـل متغيـرات النمـوذج المتعلقـة بـالأم والتقييمات التهديد للطفل (٠,٨٧)، من تباين أعـراض وشـكاوى الأطفـال وكـان أكثـر المتغيـرات مساهمة هذا التباين هو أعـراض وعجـز الأمهـات حيـث فـسره مـا نـسبته (٦٦%) مـن تبـاين أعراض وشكاوى الأطفال كما فسرت تقييمـات التهديـد عنـد الأم (١٤%) وتقييمـات التهديـد عنـد الطفل (٠,٠٧%) من أعراض وشكاوى الأطفال والجدول (٣٣) يوضح ذلك.

الجدول ٣٣. معاملات الانحدار المعيارية ونسبة التباين المفسره بعد إجراء التحليل الاستكشافي.

متغيرات الدراسة	معامل الانحدار المعياري	نسب التباين المفسره
الأعراض والعجز عند الأمهات	٠,٨١	٠,٦٦
تقييمات التهديد عند الطفل	٠,٢٧	٠,٠٧
تقييمات التهديد عند الأم	٠,٣٧	٠,١٤

الفصـــل الخامـــس

مناقشة النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى فحص نموذج مقترح للمتغيـرات المرتبطـة بـالأم وهـي الأعـراض والعجز، واستجابة الأم لسلوك الألم عند الطفل، وطريقة تعاملها مـع الألـم وتقييمـات التهديـد عنـد الأم لنوبة ألم الطفـل، وأثـر هـذه المتغيـرات المباشـر وغيـر المباشـر فـي تكـرار الأعـراض والشكاوى الجسدية أي سلوك الألم عنـد الطفـل وذلـك بالإسـتناد إلـى نمـوذج لازاروس للـضغط والتعامل الخاص بالآلام المتكررة. إذ تم فحص أثر هذه المتغيـرات علـى عمليتـي التقيـيم والتعامـل عند الطفـل باعتبارهمـا متغيـرات وسـيطه بـين العوامـل أو التـأثيرات الوالديـه وبـين تكـرار الأعراض والشكاوى الجسدية (سلوك الألم) عند الطفل.

كذلك، تم التعـرف علـى العلاقـات الإرتباطيـة بـين متغيـرات الدراسـة الـسبعة وهـي: الأعراض والعجز عند الأمهات، وطريقة تعامل الأم مـع آلامهـا الخاصـة بهـا، وتقييماتهـا للتهديـد الذي تشكله نوبة الألم على طفلها، وأسـلوب اسـتجابتها لأعـراض طفلهـا، كـذلك تقييمـات التهديـد عند الطفل وتعامل الطفل مع ألمه، وتكرار الأعـراض والـشكاوى الجـسدية عنـد الطفـل. وأيـضاً، تم التعرف على مقدار التباين الـذي تفـسره هـذه المتغيـرات فـي تكـرار الأعـراض والـشكاوى الجسدية وفي عمليتي التقييم والتعامل عند الطفل.

بالنسبة للـسؤال الأول والـذي سـعى إلـى معرفـة العلاقـات الارتباطيـة بـين متغيـرات الدراسة، فقد أظهرت نتائج مصفوفة الإرتباطـات أن أكثـر الارتباطـات الدالـة إحـصائياً والموجبـة مع متغير الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفـل كانـت بالترتيـب: متغيـر الأعـراض والعجـز لدى الأم تلاه التعامل السلبي للأم ومن ثم متغيـر تقييمـات التهديـد لـلأم وتقييمـات التهديـد للطفـل واستجابة التقليل للأم لسلوك الألم عنـد الطفـل. وهـذا يعنـي أن الارتفـاع فـي مـستويات العجـز والأعراض عند الأم يرافقه ارتفاع في مستويات الأعراض والـشكاوى عنـد الأطفـال، وهـذا يتفـق تمامـاً مـع دراسـة فـانيبلي ورفاقـه Venepalli, et al.(2006) ووكـر وجـرين Walker, Greene (1989) ووكـر ورفاقهـا(Walker, et al (1991 وليفـي ورفاقـه .Levy, et al (2004)

كما أظهرت نتائج مصفوفة الارتباطات أنه كلما استعملت الأم أنماط تعامل سلبية (عزل الذات أو عدم الأرتباط السلوكي) مع أعراضها، كلما ارتبط ذلك بتكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن ملاحظة الطفل لاستجابة أمه السلبية للأعراض قد يؤثر على طريقة إدراكه لمدى جدية أعراضه الخاصة به. فعندما يحدث تغيير في سلوك الأم المعتاد في وقت تعرضها لنوبات الألم يظهر الطفل اهتماماً وانزعاجاً أكثر من أعراضه وبالتالي قد يؤثر هذا الانزعاج على تكرار الأعراض والشكاوى لديه.

كما يمكن تعليل هذه النتيجة من منظور أخر وهو، أن الأم التي تستجيب لأعراضها إما بعزل الذات أو بعدم الارتباط السلوكي يحاول طفلها الاستجابة لآلامه بنفس طريقة والدته مما قد يؤدي إلى تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية لديه وتزداد احتمالية هذا التعليل عند النظر إلى نتيجة أثر تعامل الأمهات مع الأمهم في تعامل الأطفال مع الامهم، فلقد كانت هناك علاقة ارتباطية واضحة بين أسلوب التعامل المتماثل بين الأم والطفل. أو قد يحاول الطفل أن يلفت نظر والدته إليه من خلال التعبير عن آلامه المتكررة في محاولة منه للتقرب من والدته المنغمسة في شكاويها التي غالباً ما تستعمل عزل الذات كطريقة للاستجابة لأعراضها المتكررة. ويشار إلى أنه تم قياس تكرار الألم والأعراض عند الأم في خلال السنة الماضية.

ولعل من أهم العلاقات الارتباطية مع أعراض وشكاوى الأطفال الجسدية هي تقييمات التهديد لدى الأم ولدى الطفل. فكلا المتغيرين يعبران عن عوامل معرفية ذات علاقة بآلام الطفل، وفي هذا دعم لمدى أهمية نظرية لازاروس وسميث Lazarus& Smith (1990) الخاصة بالعلاقة بين عملية التقييم والنتائج الصحية للأفراد. فتقييمات التهديد المرتفعة عند الطفل ارتبطت مع تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية لديه، كما والأهم الارتباط بين متغير تقييمات التهديد عند الأم وتكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل، وهذا يشكل دعم واضح للنموذج المقترح الذي افترض أن هناك متغيرات والدية ترتبط بسلوك الألم عند الأطفال. ومن أهم هذه المتغيرات تقييمات التهديد التي تندرج تحت بند العمليات المعرفية، فالأم تؤثر على معارف الطفل من خلال التفاعلات اليومية والأهم التفاعلات في خلال المرض. وهنا تكمن أهمية الدراسة الحالية إذ تشكل الطريقة التي يفسر فيها الطفل الآمه نسقاً خاصاً من

الاعتقادات المتعلقة بنوبة الألم والضغوطات بشكل عام والتي تـشكل أنمــاط تفكيــر محــدده تــساعده على الاستجابة للضغوطات اليومية.

ولقد أكدت نتائج دراســة ووكــر ورفاقهــا Walker, et al. (2007) المتعلقــة بالــضغوطات اليومية عند الأطفال الذين يعانون من آلام بطن متكرره هــذا الاســتنتاج إذا تبــين إن الأطفــال الــذين يعانون من آلام متكررة يختلفون عن الأطفــال العــاديين بطــرق تقيــيمهم وتعــاملهم مــع الــضغوط اليومية، كما وارتبطت هذه الأنمــاط فــي التقيــيم والتعامــل مــع الأعــراض الاكتئابيــة والجــسدية والعجز الوظيفي.

فأنماط التقييم للضغوطات اليوميــة التــي يتعــرض لهــا الأطفــال الــذين يعــانون مــن آلام متكررة والتي تتميز بصبغة تهديدية مــع تقــدير متــدنٍ للقــدرات يمكــن أن ينــتج عنهــا اســتثارات فسيولوجية وكرب انفعالي. وعندما يركز الطفل علــى العناصــر الجــسدية للكــرب تــصبح إمكانيــة مساهمة هذه الأنماط من التقييم في تكرار الأعراض والآلام وارد (Walker, 2001).

كما وصفت مصفوفة الارتباطــات أن التعامــل المهــدئ للطفــل ارتــبط ســلباً مــع تقييماتــه للتهديــد وتقييمــات والدتــه للتهديــد، وهــذا يتفــق مــع الإطــار النظــري لــلازاروس وفولكمــان Lazarus& Folkman(1984). فالطفل الذي يقيم نوبه الألم علــى أنهــا مهــدده (تقيــيم أولــي)كمــا يقيم قدراته على التعامل مع هذه النوبــة ســواء أكانــت مرتكــزة علــى الانفعــال أم علــى المــشكلة (تقييم ثــانوي) علــى أنهــا منخفــضة، بالتــالي تــصبح تقييمــات التهديــد لــدى الطفــل مرتفعــة وبالضرورة سوف يرتبط ذلك سلباً مع التعامل المهــدئ لديــه، ذلــك لأن هــذا النــوع مــن التعامــل يرتبط بالتعامل المرتكز على الانفعال، ويركز هذا التعامــل علــى أســاليب تــشجيع الــذات والإلهــاء والتشتيت والقبول وهي أساليب تعامليــه أكــد أدب الموضــوع علــى ارتباطهــا ســلباً مــع تكــرار الأعراض والشكاوى الجسدية. وهذا أيضاً يتماشى مع مــا تــم ذكــره مــن قبــل لازاروس وســميث حول العلاقة السلبية بين أنماط التعامل النــشط والمهــدئ وتقييمــات التهديــد. وتتفــق هــذه النتيجــة تمامــا مــع دراســات كــل مــن ووكــر ورفاقهــا(2007) Walker, et al. وآنــي ورفاقهــا Anie , et al. (2006)

وما لفت نظر الباحثة أيضاً العلاقة الموجبة القوية والدالة إحصائياً بين أساليب تعامل الأم مع الألم وأساليب تعامل الطفل، فلقد كانت هناك علاقة ارتباطية واضحة بين أسلوب التعامل المتماثل بين الأم والطفل. مهدئ مقابل مهدئ _ نشط مقابل نشط_سلبي مقابل سلبي. إذ يمكن أن يتم تفسير هذه العلاقة الارتباطية تبعاً لعوامل النمذجة. فالطفل معرض وبشكل دائم لأن ينمذج سلوك والدته خاصة في فترات الضغط وتعتبر نوبة الألم موقفاً ضاغطاً كما تم ذكره سابقاً.

كما يُشار إلى أن (٧٠% - ٩٠%) من جميع نوبات الألم يتم التعامل معها من خلال العائلة وليس داخل العيادات، وهناك أدلة في البحوث أن الشخص يحدد ويعرف أعراضه بناءً على الاستشارات المقدمة من العائله بالإضافة إلى التعرض الدائم وملاحظة الآخرين لطرقهم في التعامل مع أعراضهم. كما وتحدد عوامل النمذجة السلوكات المتعلقة بتحسين الصحة مثل الرياضة والغذاء والسلوكات الواقية مثل عدم التدخين (Turk, et al., 1987).

أيضاً، تبين من مصفوفة الارتباطات أن أقوى العلاقات الموجبة والدالة إحصائيا هي بين متغير تقييمات التهديد للطفل وتقييمات التهديد للأم، وهذه إشارة مبدئية وأولية لتأثير الأمهات على العمليات المعرفية عند الطفل. فالأم تعكس تقييماتها المعرفية لمدى التهديد الذي تشكله نوبة الألم على طفلها، كما توحي للطفل من خلال انزعاجها عليه وتفاعلها معه خلال نوبة الألم المدى الذي يمتلكه من قدرات تعتمد على الانفعال أو المشكلة .

وهذا يضع على عاتق الوالدين مسؤولية كبيرة في اختيارهم لسلوكاتهم وتفاعلاتهم مع أطفالهم بشكل عام وخلال أوقات الضغط بشكل خاص والتي تعكس إما إيماناً بقدرات أطفالهم أم على النقيض إذ قد يتواصلون بطريقة تجعل أطفالهم يدركون أن ليس لديهم الكفايات اللازمة للسيطرة على نوبة الألم أو أي تحدٍ قد يواجهونه. وفي مواقف الألم تحديداً فإنه من المهم التعامل معها كخبرة مساندة لرفع مفهوم الذات لدى الأطفال من خلال التأثير على تقييمات السيطرة لديهم وجعلهم يؤمنون بقدراتهم على تهدئة مشاعر الألم أو استعمال طرق نشطة وأساليب حل المشكلة للتعامل مع نوبة الألم وهذه الخبرة قد تعمم ومن الممكن جداً نتيجة لذلك

أن يرتفع إحساس الأطفال بالسيطرة على أمور أخـرى فـي حيـاتهم ممـا قـد يـساهم فـي صـحة الأطفال النفسية بشكل عام.

كما بدا جليـا وواضـحاً مـن الارتباطـات بـين متغيـرات الدراسـة أن هنـاك ارتباطـات واضحة وذات دلالـة بـين المتغيـرات المتعلقـة بـالأم، إذ تبـين أن هنـاك ارتباطـاً دالاً إحـصائياً وموجباً بين متغير تقييمات التهديد للأم ومتغير الأعراض والعجـز لـديها وبـين اسـتعمالها لأسـاليب التعامل السلبية، وبين طريقة استجابة التقليل لسلوك الألـم عنـد طفلهـا. وهـذا أيـضاً يقـع ضـمن التوقعات أو الافتراضات الواردة في أدب الموضـوع، إذ يتفـق مـع النمـاذج النظريـة ل لازاروس وفولكمـان (1984) Lazarus & Folkman وبانـدورا Bandura (1977) وسـيلجمان Selgman,(1972) فأحكـام الـسيطرة أو الاعتقـاد أن الـشخص يمتلـك الإمكانـات والمـصادر اللازمة لإدارة الألم، يرتبط بعلاقة إيجابية مع مـستويات النـشاط وهـذا بـدوره يـؤدي بالـشخص إلى إظهار إشارات إيجابية نحو التكيف أو التأقلم مـع الألـم. وفـي الدراسـة الحاليـة فـإن العلاقـة الارتباطية بين أساليب التعامل السلبية عنـد الأم (عـزل الـذات وعـدم الارتبـاط الـسلوكي) وبـين تكرار الأعراض والعجز الذي تظهره الأمهات إزاء هذه الأعراض تبـدو متفقـة مـع دراسـات كـل مـن سـوليفان ورفاقـه (Sullivan et al. (2001 وترينيـر وآرون Turner & Aaron, (2001) كما أن ارتباط متغير تقييمات التهديـد وأسـاليب التعامـل الـسلبية مـع تكـرار الأعـراض والعجز عند الأمهات يتفق تمامـاً مـع دراسـات كـلاً مـن ويتـي ورفاقـه (Witty et al. (2001 وبوسش (Busch (2005 وترشون ورفاقه (Truchon et al. (2007

أمـا دايزفيـك ورفاقـه (Dysvik et al. (2005 فلقـد أكـدت نتـائج دراسـتهم ارتبـاط تقييمات التهديد مع آلالام المتكررة والمزمنة، كما ارتبطت تقييمـات التهديـد مـع اسـتعمال أسـاليب تعامل تعتمد على الانفعال، بالإضافة إلى ذلك، فقد أكدت نتـائج دراسـتهم إلـى أن معظـم الـضغوط التي يواجهها الأفراد المتألمين تتعلق بالنشاطات الاجتماعيـة والحيـاة اليوميـة وهـذا يـضيف عبئـاً كبيراً عليهم هذا بالإضافة إلى الضغوط المتعلقة بنوبـات الألـم وتـساهم هـذه الـضغوط فـي رفـع مستويات الاكتئاب إذ كما ذُكـر تعتمـد هـذه الفئـة علـى اسـتراتيجيات التعامـل المرتكـزه علـى الانفعال. وهذا يبدو منطقياً، فالأكتئاب هـو اضـطراب انفعـالي وبالتـالي تـزداد إمكانيـة انخـراط

الفرد في استراتيجيات تعتمد على الانفعال وهذا يعكس حقيقة تقييمهم لمعظم المواجهات الضاغطة على أنها سلبية وغير قابلة للتغيير.

تساهم نتائج دراسة دايزفيك في تفسير الارتباطات بين متغيرات الأم، فالعجز الذي تظهره الأمهات نتيجة لأعراضهن قد يستجر استجابة سلبية انفعالية، وبالتالي تتولد لدى الأم القابلية أو التهيؤ للتعرض للمزيد من الضغوط التي تتطلب تعاملات لمواجهتها، وعند استعمالها لاستراتيجيات التعامل السلبية وهي عزل الذات وعدم الارتباط السلوكي عندها ترتفع مستويات العجز لديها ويرافق ذلك زيادة في تكرار الأعراض وهذا أيضاً قد يفسر عدم استعمال الأم للاستجابة الرعوية لسلوك الألم عند الطفل.

كما أن ارتباط هذين المتغيرين (الأعراض والعجز وأساليب التعامل السلبية) مع تقييمات التهديد عند الأم لنوبة ألم الطفل له ما يبرره. فالأم التي لديها سمة القلق والانزعاج لأي أعراض يتعرض لها طفلها فإنها تعكس نمط من الأفكار والمعتقدات التي تستند عليها في تقييماتها لنوبات الألم وهذا النسق من الأفكار الذي تحمله الأم هو إيضاً يشكل الأساس الذي من خلاله ويمكن تفسير أعراضها الخاصة بها وتقييم قدراتها على التصدي لهذه الأعراض، وحينئذ تستجيب بأساليب تعامل سلبية وتتكرر لديها الأعراض والعجز. وهذا التفسير يتفق تماما مع المراجعة التي قام بها هيرمن ورفاقه Hermann, et al.(2007) عن الأنماط السلوكية المعرفية للأم وأساليب التعامل السلبي.

الإضافة هنا، أنه تبين أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين متغيرات الأم وهي: العجز والأعراض وتقييمات التهديد لنوبة ألم الطفل والتعامل السلبي وبين استجابة التقليل لسلوك الألم عند الطفل. فالسؤال هنا كالتالي: هل قلق الأم تجاه نوبات طفلها وقلقها الناتج من تكرار الأعراض والعجز وتعاملها السلبي مع أعراضها الذي يتسم بالعزلة وعدم الارتباط السلوكي يجعل من الصعب عليها أن تستعمل استجابات رعوية تعبر عن اهتمام بأعراض طفلها ؟ قد يكون ذلك تفسيراً منطقياً ولكن يبدو أنه بحاجة إلى الكثير من البحوث والأدلة.

في المقابل، أظهرت أيضاً مصفوفة الارتباطات العلاقة الايجابية بين الاستجابة الرعوية من قبل الأم لأعراض طفلها وأساليب التعامل النشطة عندها مما يعطي بعض الدعم لما تم

تفسيره سابقاً. فالأم التي تستعمل التعاملات النشطة، لديها تقديرات عالية لمدى امتلاكها لقدرات تعامليه ترتكز على المشكلة ومنها قد تتوجه نحو العناية بطفلها ولكن ليس من منطلق تشجيع طفلها لتبني السلوك المرضي وسلوك الألم وإنما من منطلق رعوي أموي، فهناك خلط عند الكثير من الأمهات بين حماية أطفالهن ورعايتهن وبين تدريب أطفالهن من خلال مواقف الحياة اليومية على أمتلاك المهارات اللازمة. فمعظم الأهالي يفتقدون إلى المعرفة بأساليب التنشئة الوالدية الفعالة والتي تعمل بالنهاية على رفع مفهوم الذات وبناء القدرات عند الأطفال. وهنا تكمن أهمية توعية الأمهات بأدوارهن الوالدية مع التعريف بالمهام النفس اجتماعية والمطالب النمائية لكل مرحلة عمرية.

بالنسبة للسؤال الثاني حول الأثر المباشر للمتغيرات المتعلقة بالأم وهي الأعراض والعجز واستجابات الأمهات لسلوك الألم عند الطفل (رعوية- تقليل اهتمام) في تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية (المساران A,B)، أظهرت النتائج أن أكبر التأثير مباشرة في تكرار سلوك الألم أي تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل هو الأعراض والعجز عند الأمهات. وهذا يتفق تماماً مع معظم البحوث في هذا الموضوع منها على سبيل المثال لا الحصر أبحاث كل من جودمان ورفاقه(Goodman, et al. (1997وكر ورفاقها Walker, et al. (1997) وجرين و مارتن (Grane& Marten (2002 وليفي ورفاقه Levy, et al. (2004) . وهذا يسترجع الذاكره إلى مصطلح العائلات المتألمة إذ أكد ادوارز Edwards (1985) نتيجة لبحوثه المعمقة في موضوع النمذجة العائلية أن خبرات التعلم السابقة والنمذجة الحالية لسلوك الوالدين هما من العوامل المفصلية في تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الأطفال. هذا، وتتضمن النمذجة الوالدية سلوكات تعبر عن التقييد في النشاطات ويقصد بذلك نمذجة سلوكات العجز الذي تظهره الأمهات. ولقد أكد الباحثون أن أكثر عنصر سلوكي في الاستجابة للألم وذات علاقة في تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية هو تجنب النشاطات (Grane& Marten, 2004) ، فالتعرض الدائم لنماذج عائلية دائمة الشكوى يمكن أن يقود هؤلاء الأطفال إلى الاعتقاد بأن ألمهم خارج عن السيطرة.

من الممكن القول، أن جذور مركز الضبط واعتقادات السيطرة المتعلقة بالصحة تبدأ من هذه الخبرات المبكرة والتعرض لهذه النماذج، كما يمكن الاقتراح أن العائلة مساهمة في

المحافظة على مشكلة الألم المتكرر. تبدو هذه النتيجة متناغمة مع مبررات الدراسة وهي الحاجة إلى تسليط الضوء على أهمية تأثيرات الأمهات في سلوك الآلم عند الأطفال وتحديداً أهمية تدريب الأمهات على كيفية التعامل مع الآلام المتكررة كمطلب أساسي في عملية التربية ومن غير تدريب الأمهات على كيفية التعامل مع أعراضهن المتكررة يكون لأي برنامج لإدارة الألم للأطفال أقل فاعلية، لأن تعرض الطفل المستمر لهذه النماذج العائلية يقلل من جهود الأطباء والمعالجين والمرشدين.

كما أظهرت النتائج أن أثر استجابة الأم الرعوية على سلوك الألم وتكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل جاء بمجمله مباشراً ولكن بالاتجاه السالب، بمعنى أن هذا النوع من الاستجابة قلل من تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية، كما أن أثر استجابة التقليل لسلوك الألم عند الطفل جاء أيضاً في معظمه بشكل مباشر وبالاتجاه الإيجابي، بمعنى أن هذا النوع من الاستجابة زاد من تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية. وبالرغم من أن قيم معاملات الانحدار جاءت متواضعة لكن سوف يتم مناقشة هذه النتائج. تتعارض هاتان النتيجتان تماماً مع ما جاء في أدب الموضوع وخاصة دراسات كل من كارنز ورفاقه Kerns, et al.(1991) ووكر ورفاقها Walker, et al. (1993) وبولسن والتمير Paulsen & Altmaier (1995) ورومانوا ورفاقه Romano, et al. (1992) ووكر ورفاقها Walker, et al. (2006)ودراسة باترسون ورفاقه Peterson, et al. (2004) لكن هذه النتيجة تتفق مع دراسة فانابلي ورفاقه Venepalli, et al. (2006) إذ لم ترتبط الاستجابة الرعوية مع تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عند الطفل.

وبالرغم من صعوبة تفسير هذه النتيجة، إلاّ أن الباحثة قدرت أن معظم الأمهات قد تدركن أنفسهن وأسلوب تعاملهن مع أطفالهن بطرق مغايره لما قد يدركه الأطفال. ولقد أيدت بعض النماذج السلوكية المعرفية للألم المزمن والمتكرر فكرة أن إدراكات المرضى وطريقة تفسيرهم لاستجابات الآخرين لتعبيرات الألم لديهم عامل مفصلي وهام للتنبؤ بأنماط السلوك المرضي، فالمهم هنا هو ادراكات المرضى لسلوكات الآخرين وليس التقدير الذاتي للآخرين (Novy, et al.,1995) . أيضا، قد يكون هناك تناقض بين ما تفعله الأم في الواقع وما تستجيب إليه في التقارير الذاتية خاصة وأن هناك ميلاً أو رغبة قوية لدى الأمهات لأن يدوّن

كما هو متوقع منهن خاصة إذا كان ذلك ضمن إطار المدرسة و الجدير بالذكر أن الاستبانات تم توزيعها عن طريق الطلاب في المدارس.

ولقد ورد في أدب الموضوع أن التقارير الذاتية هو منهج بحثي مناسب لقياس المتغيرات الخاصة التي في العادة ليس بمقدور الآخر مشاهدتها والتوصل إليها مثل المتغير المتعلق بالمعارف والاعتقادات. وبالمقابل فأن التقارير الذاتية ليست الخيار الأفضل عندما يتعلق الموضوع بسلوكات ظاهرة تتعلق بالآخر (Baldwin, 2000).

كذلك، قد يكون هناك تفسير آخر يتعلق بأداة الدراسة ومدى ملائمتها. فقد تمت مراجعة دراسة هيوجت ورفاقه Huguet,et al.(2008) التي هدفت إلى تطوير مقياس لاستجابة الوالدين لسلوك طفلهم المرضي IRPEDNA إذ ذكر الباحثون أن ضرورة تطوير هذا المقياس برز من كون الأدوات المتوفرة بما فيها أداة ووكر وزيمان Walker & Zeman عام (١٩٩٢) "والتي استعملها الباحثة وقت التطبيق (إذ سبق ذلك صدور الدراسة)" تعاني من مشكلة كونها تركز على تأثيرات استجابة الحضور الرعوي لإشارات الكرب والألم. ولكن هناك ردود أفعال أخرى للوالدين قد تؤثر في سلوك الألم عند الأطفال. بالإضافة إلى إن ردود فعل معينة في وقت معين قد تعتبر مساعده ولكن في وقت آخر وظرف آخر قد لا تكون كذلك، فمثلاً إذا رافق السلوك الرعوي وهو السماح للطفل بالبقاء في سرير والدته أو في سريره لوقت أطول في فترات الألم سلوكات لفظية وغير لفظية غير رعوية مثل إشارات الغضب على وجه الأم، وعلامات عدم الرضا على لغة جسدها، وبعض الكلمات القاسية التي تعبر عن استيائها، عندها قد يفهم الطفل هذا السلوك غير رعوياً. من هنا، قد تكون مراقبة السلوكات الظاهرة للأم في خلال نوبة الألم بالتزامن مع التقارير الذاتية هو الحل الأمثل. كذلك فأنه من المهم التعرف على إدراكات الأطفال لسلوك واستجابة والديهم.

أما بالنسبة لاستجابة التقليل، فقد يعتبر الطفل أن هذه الاستجابة من قبل الأم هي نوع من أنواع التعزيز بغض النظر عن مضمونها خاصة وأن الدراسة أظهرت أن أمهات هؤلاء الأطفال يعانيين من مستويات مرتفعة من الشكاوى والعجز ويستجبن لأعراضهن بأساليب

التعامل السلبية وهي عزل الذات وعدم الإرتباط السلوكي، بالتالي قد تكون هذه الأم أقل استجابية وغير متوافرة دائماً لطفلها الذي يعاني من نوبات ألم متكرر.

وفي هذا المضمار، اقترحت نظرية النمو عند الأطفال، إن استجابية الأم وتوافرها للطفل والتي يتمخض عنها أساليب تعلق آمنه أو غير آمنه تؤثر في طرق التقييم والتعامل عند الطفل. أن التكيف السابق عند الطفل يؤثر على التكيف اللاحق، من هنا، قدر الباحثون أن استراتيجيات التعامل مع الألم يمكن أن ترجع جذورها إلى التفاعلات المبكرة بين الطفل ووالدته في خلال أوقات عدم الراحة، فكما أشار باولبي Bowlby فإن طبيعة هذه التفاعلات في خلال مرحلة الرضاعة والطفولة المبكره تساعد في ظهور التمثلات العقلية الثابتة نسبياً لمدى توافر الأم واستجابيتها، وأيضاً لمدى ما يمتلكه الطفل من قيمة ذاتية وفاعلية. فالتعلق الآمن يؤدي إلى تطوير نماذج تقييمات وتعامل تكييفية في وجه التهديدات من خلال رؤية الطفل لنفسه والعالم والآخرين بطرق إيجابية. بينما يتميز الطفل ذو التعلق غير الأمن برؤية سلبية للذات وللآخرين وللعالم مما يؤدي إلى تطوير نماذج تقييمات سلبية وأساليب تعامل غير تكيفية في وجة التهديدات. حديثاً ذكر أدب الموضوع نوعين من التعاملات والتي تؤدي إلى تكرار الأعراض والألم وهما المتجنب (Avoidant coper)، والمعتمد على الآخرين (Dependent coper) وكلا التعاملين ارتباطا بأنماط تعلق غير آمنه عند الأطفال والراشدين أيضاً. يبدو من نتائج هذه الدراسة إن محصلة التأثيرات الوالديه وهي تكرار الأعراض والعجز وأساليب التعامل السلبي واستجابة الآم غير الرعوية لسلوك طفلها المرضي، تؤدي بمجملها إلى نمط من التفاعلات بين الطفل ووالدته والتي تعزز التمثلات العقلية المبكرة لمدى استجابية الأم وتوافرها وبالتالي تهيئ الأطفال على استعمال أساليب تعامل أما تجنبية أو معتمده على الأخرين. ويبدو أن نموذج التعلق قد يعطي دعماً لنتائج الدراسة الحالية (Walker, et al., 2007).

كما يمكن تفسير النتيجة من منطلق آخر وهو إن عدم استجابية الأم وتوافرها للطفل قد يستدعي منه التعامل مع آلامه بطرق طلب المساعدة من الأخ أو الأخت الأكبر أو الأب إذا كان متوافراً والبقاء إلى جانبهم وقد يحصل على الاستجابة الرعوية من أشخاص آخرين في المنزل خاصة في العائلة الممتدة فإن وجود أشخاص آخرين يساعدون الأم قد يكون قائماً. وأخيراً، قد تكون هنالك عوامل تتوسط العلاقة بين الاستجابات الرعوية وتكرار الأعراض والشكاوى

الجسدية عند الطفل مثل تقدير الذات والقدرات المدركة للطفل والتي لم يتم دراستها في هذا البحث.

وبغض النظر عن التفسيرات التي تم تقديمها، فإن تقديم المزيد من البحوث في هذا الموضوع هو أمر ضروري ومطلوب قبل أن يُستبعد الافتراض المقترح في هذا النموذج والذي يدعو إلى أن الاستجابات الرعوية لها تأثير ايجابي على تكرار الشكاوى والأعراض أي سلوك الألم.

كما إشارت معاملات الانحدار المعيارية بأن معظم الأثر لمتغير استجابة الأم جاء مباشرا بمعنى ليس عن طريق العوامل الوسيطية وهي التقييم والتعامل.

أما فيما يتعلق بالسؤال الثالث المتعلق بالأثر المباشر للمتغيرات المرتبطة بالأم وهي الأعراض والعجز، والتعامل مع الأعراض الخاصة بها، وتقييمات التهديد لنوبة ألم الطفل، واستجاباتها لسلوك الألم عند الطفل في تقييمات التهديد عند الطفل كمتغير وسيط بين هذه المتغيرات وتكرار الأعراض عند الطفل، أظهرت النتائج أن أهم المتغيرات تأثيراً في تقييمات التهديد للطفل هي تقييمات التهديد للأم. وبشكل عام، فقد فسرت كل هذه المتغيرات وبشكل مباشر معظم التباين في تقييمات التهديد، وهذا يعتبر دليلاً قوياً وجيداً على جودة النموذج وشموليته خاصة إذا أخذ الاعتبار العلاقة الارتباطية الموجبة والدالة إحصائياً على مستوى ألفا ٠١, بين تقييمات التهديد عند الطفل وبين تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية لديه.

كما أن الأثر المباشر للتعامل النشط والتعامل المهدئ للأم في تقييمات التهديد عند الطفل جاء سالباً، في حين تبين أن الأثر المباشر للتعامل السلبي للأم في تقييمات التهديد جاء بالاتجاه الإيجابي. وهذا يؤكد الأفتراض بأن أنشغال الأطفال بالآمهم يمكن أن يتضخم عند ملاحظتهم لمحاولات أمهاتهم الفاشلة في التخفيف من أعراض الألم لديهن. وعلى العكس من ذلك فالأم التي تستعمل أساليب تعامل نشطة مع الامها تبدو في نظر الطفل أن لها القدرة على السيطرة على الألم، ويساهم ذلك وبشكل فعال في تغيير نظرة الطفل للألم فبالرغم من إدراكه لخبرة الألم على أنها غير سارة إلا أنه يمكن السيطرة عليها وإدارتها.

كما أظهرت النتائج أن هناك أثرٍ مباشر ولكـن بالاتجـاه الـسالب للأعـراض والعجـز عنـد الأمهات في تقييمات التهديـد عنـد الطفـل. ويمكـن تفـسير هـذه النتيجـة بـإن الأم التـي تتكـرر الأعراض والعجز لديها يبدو أن طفلها وبالرغم من تقييمه للألـم بأنـه شـديدُ إلا أنـه ونتيجـة لعـدم توافر الأم وشعوره الدائم بأن والدته غير قادرة على التكيـف مـع الامهـا قـد يعمـل علـى تطـوير سلوكات الاعتماد على الذات وهذه بدوره قد يرفع من مـستويات التقييمـات الثانويـة لديـه وبالتـالي تقل مستويات تقييمات التهديد عنده.

يبدو واضحاً من معاملات الانحدار المعياريـة ونـسب التبـاين المفـسره التـي ترجـع إلـى متغيرات العجز وتكرار الأعراض عند الأم والتعامـل الـسلبي لـلأم واسـتجابة الام لـسلوك طفلهـا المرضي جاءت متواضعة، وأن معظم التباين جاء من متغير تقييمات التهديد عند الأم.

من أهم المـساهمات بالدراسـة الحاليـة فـي مجـال الآلام المتكـررة عنـد الأطفـال هـي العلاقات بين المتغيرات الوالديـه والمتغيـرات المتعلقـة بالطفـل فتقييمـات الأمهـات لمـدى جديـة أعراض أطفالهن ومدى امـتلاكهم لقـدرات تعامليـة ينبـئ بمـدى تكـرار الأعـراض والـشكاوى الجسدية من خلال تأثيرها على تقييمات التهديد لنوبة الألم عند الطفـل. فـالأم التـي تظهـر انزعاجـاً ملموساً متعلقاً بأعراض وشكاوى طفلها الجسدية مـن الممكـن أن يتـضمن أنزعاجهـا تقيـيم متـدنٍ لقدرات طفلها التعاملية وعلى الأغلب فإن هذا سـيؤثر أيجابـاً علـى تكـرار الأعـراض والـشكاوى الجسدية عند الطفل. مبدئياً تم الافتراض أن عمليتي التقييم والتعامـل سـوف تتوسـطان العلاقـة بـين تقييمات الأمهات والنتائج الصحية للأطفال. ولكن عند القيـام بتحليـل المـسار الاستكـشافي تبـين أن تقييمات الأمهات لها أثر مباشر على النتائج الـصحية بالإضـافة إلـى الأثـر غيـر المباشـر، كـذلك فإن تقييمات التهديد عند الطفل كان لها أثـر مباشـر علـى تكـرار الأعـراض والـشكاوى الجـسدية بغض النظر عن أساليب التعامل.

اتفقـت هـذه النتيجـة مـع دراسـة لبمـاني ووكـر (2006) Lipani & Walker، والتـي أشارت إلى أن أنزعاج الأم وقلقها على أعراض طفلهـا ارتـبط مـع تقييمـات التهديـد عنـد الطفـل وليس مع التعامل السلبي عنده كما وارتبط انزعاج الأم وقلقها مع التقييد في النشاطات العائلية.

وهذا يتفق تماماً مع النتيجة التي توصل إليها نيكولاس وأسجاري Nicholas& Asghari(2006) إذ أشارا إلى أن الفاعلية الذاتية واعتقادات الكفاءة كانت منبئاً جيدا لمدى العجز الذي يظهره المرضى وتكرار الأعراض حتى بعد ضبط متغير التعامل.

أن من أهم التقييمات ذات العلاقة بالتكيف مع الألم هي أحكام الفاعلية أو أعتقادات السيطرة وهذه التقييمات لها علاقة إيجابية بمستوى النشاطات، ويقترح باندورا أن أحساس السيطرة له نتائج ايجابية على الصحة النفسية (Jensen & Karoly, 1991).

كما اتفقت مع نتائج دراسة جيوبورت ورفاقه Goubert, et al. (2006) حيث توصلوا إلى نتائج مفادها أن تقييمات التهديد عند الوالدين لنوبة ألم الطفل وبالتحديد تقييم ألم الطفل على أنه كارثة يساهم وبشكل مباشر في تكرار الأعراض والشكاوى الجسدية عنده، وفي اكتئاب وقلق الأهل، والعجز والغياب عن المدرسة للطفل، بغض النظر عن شدة الألم عند الطفل.كما ناقش هؤلاء الباحثون أن نمط التفسير الذي يتبناه الوالدان لنوبة الطفل يؤثر أيضا في صحة الوالدين النفسية.

كما وارتبطت اعتقادات عدم السيطرة على الألم عند الأطفال بإرتفاع مستويات العجز على المدى الطويل وبتكرار الأعراض الجسدية. وهذا بدوره يرفع من مستويات الانزعاج والقلق عند الأمهات (Lipani & Walker, inpress).

كما تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج دراسة ووكر ورفاقها Walker, et al. (2005) التي أكدت أن اعتقادات عدم السيطرة على الألم عند الطفل هي منبئ جيد للعجز وتكرار الألم الذي يظهره الطفل على المدى البعيد.

كذلك الأمر فلقد أشارت ووكر وسميث وجربير Walker, Smith, Garber (2007) في معرض مناقشة نتائج دراستهم عن الضغوط اليومية عند الأطفال الذين يعانون من الآم بطن متكررة وعلاقتها بالتعامل والتقييم بإن كلا المفهومين لهما أثار مباشرة على الأعراض والعجز، وأن الأطفال الذين يعانون من آلام بطن متكررة يدركون أنفسهم بأنهم أقل قدرة على التعامل مع الضغوط اليومية، وبناءً على ذلك، فقد سلطت هذه الدراسة مزيداً من الضوء على أهمية عملية

التقييم وأثرها المباشر ليس على الأعراض والشكاوى الجسدية وأنما أيضاً على مستويات القلق المرافق للالأم المتكررة. فإدراك الطفل لعدم قدرته على السيطرة على أعراضه يمكن أن يؤثر على إدراكه لقدراته للتعامل مع الضغوطات بشكل عام وبالتالي ترتفع مستويات القلق والعجز لديه.

ويبدو أنه وبمجرد وعي الأطفال بانشغال وقلق والديهم بأعراضهم الصحية تبدأ الأعراض بأخذ منحى مختلف عند هؤلاء الأطفال إذ يبدأون بادراك أعراضهم بطريقة مضخمة لا تتناسب مع ادراكاتهم المبدئية. لقد أوضح الباحثون أن الانزعاج الناتج عن تقييم الألم بإنه مهدد قد يُسّهل في المواقف العادية عملية التجنب والهرب من الألم، لكن عندما يكون الألم متكرراً وعلى مدى طويل، فعلى العكس من ذلك، قد يعمل الانزعاج على المحافظة على الألم ويعيق التكيف االفعال ويغذي الكرب واليقظة الزائدة تجاه الألم. (Eccleston & Crombez, 1999; Aldrich et al., 2000)، هنا، تجدر الإشارة إلى أن خبره الألم هي خبرة معقدة يتداخل فيها العنصر الحسي مع الإنفعالي مع العناصر المعرفية (Keefe,2000) . لذا من الممكن القول أن الأثر المباشر لتقييمات التهديد عند الأم في تقييمات التهديد عند الطفل قد تزيد من العنصر الانفعالي لخبرة الألم هذا بالتالي قد يضخم العنصر الحسي للألم وينتج عن ذلك زيادة في سلوك الألم عند الطفل المتمثل بتكرار الشكاوى الجسدية.

وفي هذا الصدد ذكر لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkman (1984) أن الاستجابة الانفعالية لنوبة الألم الضاغطة تتحد بشكل كبير بالتقييمات المعرفية فالغضب أو الحزن الذي قد يشعر به الطفل إزاء نوبة الألم من المفترض أن يتأثر بالعوامل المعرفية المرتبطة بتقييمات التهديد أكثر من تأثره بعوامل التعامل.

إن هذه العلاقة بين تقييمات التهديد لدى الأم ولدى الطفل تؤدي إلى تطوير نظره متشابهة لمدى جدية الأعراض الجسدية ومدى امتلاك الطفل لقدرات التعامل مع هذه الأعراض. لذا فإنه من السهل التصور أن هذه التقييمات المتشابهة للتهديد التي تشكلها نوبة الألم على صحة الطفل قد تؤدي إلى أنماط من التفاعلات العائلية تؤثر على الوظائف النفسية والاجتماعية للطفل. فقد يتنازل الطفل عن المشاركة بالنشاطات الاجتماعية والرياضية

المدرسية، وبالتدريج يبدأ بالانسحاب ويفضل أن يجـــرب هـــو نفـــسه طـــرق متعـــددة للـــتخلص مـــن الألم، وكنتيجة لذلك، يبدأ الطفل بالتركيز علـــى أعراضـــه وبإهمـــال القـــضايا الأخـــرى فـــي حياتـــه. وهذا بدوره قد يؤدي إلى مزيدٍ من الشكاوى الجسدية.

عندما تقترن هذه النظرة المتـــشابهة لتقييمـــات التهديـــد عنـــد الأمهـــات وعنـــد الأطفـــال مـــع ملاحظة الطفل لأعراض أمـــه المتكـــررة والعجـــز الـــذي تظهـــره الأم نتيجـــة لأعراضـــها، وتبنيهـــا لاستراتيجيات تعامل سلبية وهو الحال التي بدت عليها نتـــائج هـــذه الدراســـة، فـــإن ذلـــك قـــد يـــدُخل الطفل في دائرة مفرغة وهي التخلي عن النشاطات والتركيـــز علـــى الأعـــراض والـــشكاوى، ومزيـــداً من الانزعاج من قبل الأم، وارتفاعاً في تقييمات التهديـــد لـــدى الطفـــل وتكـــرار الأعـــراض وهكـــذا تستمر الدائرة المفرغة.

كما أن القيود التي تفرضها الأم على نشاطات طفلها وعلى نشاطاتها نتيجة لقلقها من الأعـــراض تؤثر وبطريقة ما على ادراكات الطفل لشدة نوبة الألم وقدرته على إدارتها. هـــذا بالتـــالي يـــضخم مـــن إحساسات الألم ويجعل الطفل أكثر قلقاً وانزعاجاً ويقيم هذه النوبات على أنها أكثر جدية وحدةٍ وهذا بدوره يزيد من انزعاج الأم وقلقها وتستمر الدائرة المفرغة. يتفق هذا التفـــسير مـــع نتـــائج دراســـة ليمبـــاني ورفاقه(Lipani,et al. (2006 وفان سلايـــك ووكر Vanslyke & Walker (2006) ووكر ورفاقها Walker, et al. (1998) الذين أكدوا على دور أنزعاج الأم في تكرار الأعراض عند الطفل. فـــالخوف والقلق من الألم قد يعملان على تضخيم نوعية المشاعر السلبية لنوبات الألم.

أن هذا الارتباط الواضح والقوي بـــين تقييمـــات التهديـــد لـــدى الأم ولـــدى الطفـــل يـــستحق المزيد من البحث والدراسة والتقـــصي إذ أن الميكانزمـــات أو الآليـــات التـــي تتطـــور فيهـــا النظـــرة المتشابهة لتقييمات التهديد لم يتم تحديدها في هذه الدراسة.

من هنا فإن الاتجاهات الحديثة لإدارة الألم أكـــدت وبـــشكل كبيـــر علـــى أن العمـــل يجـــب أن يتوجه نحو تغيير إدراكات المرضى وتدريبهم على التعـــايش مـــع خبـــرة الألـــم بغـــض النظـــر عـــن نوع الألم وتكراره.

فيما يتعلق بالأثر المباشر لمتغير التعامل مع الألم عند الأم والتعامل مع الألم عند الطفل فلقد أظهرت النتائج أن معاملات الانحدار المعياري بين التعامل النشط من قبل الأم والتعامل النشط من قبل الطفل كانت مرتفعه بشكل ملحوظ وقوي ودال إحصائياً. وأن نسب التباين المفسرة لتباين التعامل النشط مع الألم كمتغير وسيط لتكرار الشكاوى والأعراض أيضاً كان له قدره تنبؤية عالية في التنبؤ في تعامل الطفل مع الألم، وهذا ينطبق على التعامل المهدئ. أما بالنسبة للتعامل السلبي فلقد كانت نسبة التباين المفسّره أقل.

يمكن تعليل هذه النتيجة إلى أختلاف إبعاد التعامل السلبي لإداة الاستجابة للألم عند الأطفال فلقد تم شطب البعد الفرعي وهو عزل الذات عند إجراء التحليل العاملي للأداة وذلك لعدم تشبعه على أي عامل ولكن برز وبشكل أوضح بعد الكارثية. وفي المقابل ظهرت أبعاد عزل الذات وعدم الارتباط السلوكي كأبعاد فرعية من بعد التعامل السلبي عند الأمهات. ويلاحظ هنا أن معظم التباين المفسر جاء من المتغير النظير من قبل الأم، وفي هذا أشارة لمدى أهمية عوامل النمذجة ولكن يبقى الأهم وعلى الأقل من نتائج هذا الدراسة هو مدى ما تسببه تقييمات التهديد من الألم من قلق وأنزعاج للطفل وهذا ما سوف يتم التطرق إليه عند الإجابة على السؤالين (٥ و ٦). إذ تبين أن القدرة التنبؤية العالية كانت لمسار تقييمات التهديد عند الأم – تقييمات التهديد عند الطفل – تكرار الشكاوى والأعراض بغض النظر عن أساليب التعامل.

وللإجابة على السؤالين الخامس والسادس تبين من نتائج الدراسة أن الأثر المباشر لتقييمات التهديد عند الطفل في أسلوب التعامل السلبي مع الألم للطفل كان سالباً وبمقدار متواضع. وعند التمعن بالنتيجة التي توصل إليها السؤال السادس وهو الأثر المباشر لأساليب التعامل السلبي في تكرار الشكاوى نجد أن الانحدار المعياري كان ذا دلالة ولكن بنسب متواضعه من هنا يمكن تفسير نتيجة السؤال (٥ و ٦)، بشكل متكامل.

بناءً على الأفتراضات في الأدب التربوي، فقد كان متوقعاً أن تؤثر تقييمات التهديد في أساليب التعامل السلبي للطفل ايجابياً، أي أن الطفل الذي يقيم نوبات الألم لديه على أنها مهددة لصحته النفسية، من المفترض أن يستعمل أساليب سلبية تؤدي بدورها إلى تكرار الشكاوى.

بناءً على النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية فقد تبين أن تقييمات التهديد كان لها الأثر الأكبر في تكرار الشكاوى وسلوك الألم عند الأطفال ولم تؤثر هذه التقييمات وبشكل قوي وملحوظ على استعمال أسلوب التعامل السلبي عند الطفل إذ كانت نسب معاملات الانحدار المعيارية متواضعة. وهذه النتيجة تتعارض مع دراسة. ووكر ورفاقها .Walker et al (2005) ووكر ورفاقها (Walker et al. (1997. ولكنها تتفق مع نتائج دراسة فيرفورت ورفاقه (Vervoort,et al.(2008 والتي أظهرت أن الأطفال الذين يدركون آلامهم على أنها مهددة وبالتحديد يقيمونها على أنها كارثة يميلون وبشكل واضح إلى استعمال أساليب اعتمادية ويحاولون التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين ويطلبون المساعدة والدعم بشكل متكرر في محاولة منهم لجعل الآخرين يشاركونهم في خبرات الألم، ويعتبر طلب المساعدة والدعم أساليب تعامل نشطة وليست سلبية. يلاحظ أنه عندما تم إجراء التحليل العاملي لإداة الاستجابة للألم عند الأطفال أن معظم الفقرات التي تم تشبعها على عامل التعامل النشط كانت تعبر عن البعد الفرعي هو طلب المساعدة والدعم ومنها: أسأل شخصاً ما الذي علي القيام به (٣). أطلب من شخصاً أن يفعل شيئاً حتى يساعدني (٦). أتحدث مع شخص وأخبره كيف أشعر (١٣). أتكلم مع شخص ما لبحث ما يمكن عمله (٢٣). أطلب من شخص ما أن يبقى بصحبتي (٣٠). أطلب المساعدة من شخص ما (٣٦). أتحدث مع شخص يمكن أن يفهم كيف أشعر (٣٧). أجلس مع شخص أشعر بأنهُ يهتم بي (٤٠). أسأل شخصاً عما يمكن أن أقوم به لأتحسن (٤٣). أتحدث مع شخص ما حتى أشعر أنني أحسن (٤٧). تشكل هذه الفقرات ثُلثي فقرات التعامل النشط وهذا قد يفسر النتيجة التي توصلت إليها هذه الدراسة وهي العلاقة السلبية بين تكرار الشكاوى واستعمال أساليب التعامل السلبية. فتكرار الشكاوى قد ينتج من السلوكات الاعتمادية من قبل الطفل والتي تم التعبير عنها بسلوكات تندرج تحت أسلوب التعامل النشط وليس التعامل السلبي. هذا ولقد أكد كل من كارين ومارتن (Crane & Martin (2004 أن تعريف التعامل السلبي يختلف من دراسة إلى أخرى ومن سياق إلى آخر.

كما يمكن لدراسة فيرفوورت Vervoort أن تساعد في تفسير سبب ارتباط استجابة التقليل من قبل الأم لسلوك الألم عند الطفل بتكرار الشكاوى عند الطفل فلقد أظهرت نتائجها أن هذا النمط من التفاعلات الإعتمادية يتزامن في بداية النوبات مع استجابات رعوية من قبل

الآخرين المهيمن في حياة الطفل المتألم، إلا أنه وبعد فترات طويلة من تكرار النوبات تنعكس هذه العلاقة وتصبح استجابة الأمهات نحو أعراض أطفالهن المتألمين استجابة تقليل، ويصبح التعبير عن الألم بشكل مستمر لفظيا وغير لفظيا مصدرا من مصادر التوتر والكرب عند الأم. ويبرز عنها تداعيات ومنها استجابات التقليل. هذا أيضا قد يساهم بتفسير النتيجة التي توصلت إليها هذه الدراسة وهي العلاقة السلبية بين الاستجابة الرعوية وتكرار الشكاوى.

تشير ووكر ورفاقها في هذا السياق Walker, et al. (2007) أن الكثير من السلوكات التي تعتبر تعاملاً نشطاً مثل طلب المساعدة وطلب الدعم الاجتماعي والبقاء إلى جانب أشخاص آخرين وطلب الراحة والتدليك قد تعبر بمجملها عن سلوكات اعتمادية يقوم بها الأطفال المتألمين. والأطفال الذين يستعملون أساليب تعامل اعتمادية Dependent Copers يرتفع لديهم مستوى العجز وتكرار الشكاوى كما ويتسمون بانخفاض في ادراكاتهم لفاعليتهم الذاتية تجاه الألم. كما أكدت ووكر ورفاقها ضرورة الأخذ بعين الاعتبار النتائج التكيفية وجهود السيطرة، والعلاقات البينشخصية عند إجراء تصنيفات لإساليب التعامل، وبناءٍ على ذلك، فلقد توصلت ووكر حديثاً إلى تحديد (٦) نماذج تعاملية مع الألم عند الأطفال وهي: الطفل المتجنب Avoidant coper والمعتمد Dependent coper والمعتمد على نفسه Self - Reliant coper والمرتبط بالنشاطات Engaged coper وغير الثابت Inconsistent وغير المتكرر Infrequent.

لقد ارتبط نمط الأطفال الذي يستعملون التجنب كأسلوب تعاملي بأعلى مستويات تكرار الأعراض والاكتئاب والعجز الوظيفي، ولقد تم التعبير عن أسلوب التجنب بسلوكات عزل الذات والتكتم وهذان البعدان لم يظهرا قط عند الأطفال عند التحليل العاملي وقد تم شطبهما من القائمة لعدم تشبعهما على أي عامل من العوامل، وهذا قد يفسر النتيجة التي توصلت إليها هذه الدراسة وهي أن الأثر المباشر للتعامل السلبي في تكرار الأعراض لم يكن بالقوة الإحصائية المتوقعة.

هنا تذكر لانش ورفاقها Lynch et al. (2007)، أن طبيعة الألم المتكرر عند الطفل والذي في الغالب ليس له أي أسباب عضوية يجعل من أساليب التعامل الاعتمادية أمر منطقي.

فالطفل يسعى لطلب المساعدة والحماية من الأم أو الأخـرين مـن حولـه ويحـاول جاهـداً أن يبحـث عن المعلومات (ما هي سبب الآمي). وعندما لا يحـصل علـى إجابـات وهـذا مؤكـد فـي الغالـب تتصعد التقييمات السلبية ويصبح التساؤل "ما هي الحلقة المفقودة فـي التـشخيص؟ هـل هنـاك خطـأ في التشخيص؟

من هنا، يمكن القول أن نمطاً محدداً من التعامـل هـو لـيس جيـداً أو سـيئاً والحكـم يكـون بناء على نتائج المواجهة التأقلمية بين الفرد والموقف الـضاغط، أي أنـه يجـب تـوخي الحـذر فـي تقييم الفوائد مقابل الخسائر المترتبة على استعمال استراتيجية محددة (Smith, et al., 1997).

فبالتالي قد يكون من المجدي البحث في الأثر الـذي يتركـه اسـتعمال اسـتراتيجيات التعامـل في العجز الوظيفي والأكتئاب ونوعية الحياة المدركـة كمخرجـات نهائيـة للمواجهـة التأقليميـة فـي حالة الألم المتكرر وليس فقط على تكرار نوبات الألم.

وهذا التفسير يتفق مع ما جاء فـي دراسـة جيـزين ورفاقـه Jensen, et al. (1991) التـي أهتمت بتصنيفات مفهـوم التعامـل، إذ أظهـرت نتـائج هـذه الدراسـة أن التـصنيف الهرمـي لأداة الاستجابة للألم هو تحدٍ للباحثين. فمفهوم التعامـل معقـد ومـن الـصعب تبـسيطه، كمـا أن وظيفـة أسلوب تعامل معين يمكن أن يتغير عبر المواقـف وعبـر الأفـراد، ممـا يـصعب تـصنيف تعـاملي محدد تبعاً لوظيفة محددة. فعلى سبيل المثال فإن الكارثية قـد تتـشبع علـى عـاملي التعامـل النـشط والتعامل السلبي إذ من الممكن أن ينتج عنها شكل مـن أشـكال عـدم الارتبـاط الـسلوكي أو عـزل الذات وهو تعامل سلبي أو قد ينتج عنهـا سـلوك طلـب الـدعم والبقـاء بجانـب آخـرين، وطلـب الراحة، والاستلقاء، والتحدث مع أشخاص أخـرين، وهـذه الـسلوكات بمجملهـا تعبـر عـن تعامـل نشط.

يذكر بوسش Busch (2005) أنه فـي العـادة يـساء النظـر إلـى مفهـوم التعامـل إذ يـتم تبسيطه كمفهوم ويتم تصنيفه على اعتبار أنه تكيفياً أم غير تكيفـي. لكـن فـي الحقيقـة عنـد التعمـق بدراسته يتبين أنه ظاهرة متناقضة قد تكون استراتيجية معينة فـي مرحلـة مـن مراحـل المـرض أو نوبات الألم تكيفية، ولكن في مرحلة أخرى غير تكييفة.

وفي هــذا الــصدد، أشــار كــل مــن جنــزين وكــارولي (Jensen & Karoly (1991 أن إدارة الألم المبني على العلاج السلوكي المعرفي قد يكون ذا فائدة عنــد المــرض الــذين يعــانون مــن آلام متكررة متوسطة، بينما يعتبــر العــلاج الــسلوكي أفــضل للأشــخاص الــذين يعــانون مــن آلام شديدة. من هنا يتبين أن وظيفة استراتيجية تعامل معينة قد تتغير تبعاً لشدة الآلم.

يبدو أن الأسلوب الذي تم استعماله من قبل الأطفال للتعامــل مــع أعراضــهم هــو الأســلوب الاعتمادي ويبدو في ظاهره أنه أسلوب تعاملي نشط إلا أن هــذا النــوع مــن التعامــل يــؤدي أيــضاً إلى تكرار الأعراض بسبب أن الاعتمــاد علــى الغيــر يعــزز العجــز. ويتــشابه أســلوب التعامــل التجنبي مع الاعتمادي من حيــث اعتقــادات الــسيطرة وتقــدير القــدرات المــنخفض بينمــا يكمــن الاختلاف في العلاقة البين شخصية مع الآخرين وهــو فــي هــذه الحالــة طلــب المــساعدة والــدعم .Walker, et al. (2007)

تتفق نتــائج الدراســة الحاليــة مــع مــا توصــلت إليــه ووكــر ورفاقهــا .Walker, et al (2007) من حيث أن تكرار الأعــراض عنــد الطفــل ارتــبط وبــشكل كبيــر ودال إحــصائياً مــع تقييمات التهديد لديه إذ كانت نــسب التبــاين المفــسره ذات قــدرة تنبؤيــة فــي تكــرار الأعــراض. وكذلك الأمر بالنسبة للنتيجة التي توصلت إليها هــذه الدراســة فيمــا يتعلــق بــالأثر المباشــر وغيــر المباشر لتقييمات التهديد عند الأمهات في تكرار الأعراض عنــد الأطفــال، فأمهــات الأطفــال الــذين يتسم أساليب تعاملهم بالاعتمادية يقيمون نوبات الألم عند أطفــالهن بأنهــا مهــددة إذ يــدركون ونتيجــة للسلوك الاعتمادي من قبل الأطفال بإنهم أي الأطفــال لا يمتلكــون القــدرات الكافيــة لإدارة وتحمــل هذه النوبات.

هذا ولقد أكدت نتائج التحليل الاستكشافي أن نــسب التبــاين المفــسره لتقييمــات التهديــد عنــد الأمهات وتقييمات التهديد عند الطفل وتكــرار الأعــراض والعجــز عنــد الأمهــات كانــت ذا قــدرة تنبوئية عالية جداً في تكرار الإعــراض عنــد الطفــل، أي أن أفــضل المــسارات للتنبــؤ بــأعراض الطفل هي مسار تقييمات التهديد عنــد الأم – تقييمــات التهديــد عنــد الطفــل – تكــرار الأعــراض والشكاوى، وأيضاً المسارات المباشرة بين متغير الأعــراض والعجــز عنــد الآم وتكــرار الأعــراض

عند الطفل، وتقييمات التهديد عنـــد الأم وتكـــرار الأعـــراض عنـــد الطفـــل، وتقييمـــات التهديـــد عنـــد الطفل وتكرار الأعراض لديه.

كما يمكن أن نفسر النتيجة بطريقه مختلفة إذ أنه مـــن الممكـــن أن يكـــون هنـــاك نـــوع مـــن الديناميات المخفية في التفاعلات يـــبن الطفـــل ووالدتـــه فالطفـــل الـــذي تعـــاني والدتـــه مـــن تكـــرار الأعراض والعجز وتقلق بشكل كبير عليه إذ تقيم نوبات الألـــم لديـــه علـــى أنهـــا مهـــددة، قـــد يعمـــل هذا الطفل على أن يقلل من أساليب التعامل الـــسلبي، وذلـــك فـــي محاولـــة منـــه لأن يحمـــي والدتـــه القلقة التي تنزعج بشكل متواصل، خاصة عنـــدما يلاحـــظ هـــذا الطفـــل ســـلوكات العجـــز الظـــاهرة لديها، هنا قد ينظر الطفل إلى والدته على أنها غير قادرة على التكيـــف مـــع ضـــغوطات الحيـــاة وقـــد يعمل على رعاية والدته Parentified Child بالرغم مـــن كونـــه يقـــيم نوبـــات ألمـــه علـــى أنهـــا مهددة وبغض النظر عن تكرار هذه النوبـــات. لقـــد تمـــت الإشـــارة مـــن خـــلال البحـــث أن تكـــرار الشكاوى والعجز عند الأهل يرتبط بنماذج والديـــة غيـــر وظيفيـــة، فالطفـــل معـــرض وبـــشكل كبيـــر لمخاطر تبادل الأدوار وبالتالي، فأن تعـــريض الطفـــل لمـــسؤوليات وأدوار غيـــر مناســـبة لمرحلتـــه العمرية قد يعمل على خفض مفهومه لذاته لـــشعوره الـــدائم بعـــدم قدرتـــه علـــى القيـــام بـــأي عمـــل بالقدر الذي يستوجب القيام به حتى ولو ضمنا ممـــا قـــد يـــساهم بزيـــادة مـــصادر الـــضغوط عنـــده، ويقع في دائرة مفرغة أخرى وهـــي انخفـــاض فـــي تقـــدير الـــذات والكفـــاءة واعتقـــادات الـــسيطرة، وارتفاع في تقييمات التهديد، وتكرار النوبات، ومطالـــب مـــن الآخـــرين المهمـــين فـــي حياتـــه غيـــر مناسبة لمرحلته العمرية. وهذا التفسير يتفق مع النتيجة التي توصـــلت إليهـــا هـــذه الدراســـة وهـــي أن متغير الاستجابة الرعوية للأم لم تكن بالاتجاه الايجابي مع تكرار الأعـــراض عنـــد الطفـــل بـــل كـــان سالباً.

وأخير ننهي ما ذكره لازاروس علـــى أنـــه عنـــدما يواجـــه الـــشخص موقفـــاً ضـــاغطاً يبـــدأ تلقائياً بمحاولات متعددة متنوعة للتعامل مع الضغط، وبـــالرغم مـــن أن الـــشخص قـــد يطـــور نمطـــاً محدداً لهذا التعامل إلا أن الأطفال عـــادة يـــستعملون مقاربـــات متعـــددة وقـــد يـــدمجون أكثـــر مـــن استراتيجية في آن واحد أو قد يغيرون استراتيجياتهم من موقف ضاغط إلى آخر.

التوصيـــات

-لقد تم فحص نموذج تأثيرات الأمهات فـي هـذه الدراسـة بنـاء علـى أسـاس نظـري لتـأثيرات سلوكية ومعرفية متعددة للأمهات وبالرغم من صعوبة فهـم التعقيـدات المتعلقـة بالتفـاعلات بـين المتغيرات الوالديه ومتغيرات الأطفال. (إذا تمـت دراسـتها باتجـاه واحـد والواقـع يؤكـد فكـرة التأثير المتبادل بين هذه المتغيرات). إلا أن هذه الدراسة تعتبـر البدايـة فـي البنـاء البحثـي لفهـم سلوك الألم المتمثل بتكرار الـشكاوى الجـسدية والآلام عنـد الأطفـال ولقـد أظهـرت الدراسـة المسحية الأولية ارتفاع نسب انتشارها في الأردن. لذلك فأنه من المناسب التوصية بما يلي:

١. إجراء دراسات مسحية على مستوى المملكـة لمعرفـة النـسب الحقيقـة لتكـرار الآلام عنـد الأطفال وذلك لأهمية الموضوع كما تم ذكره سـابقاً ولارتباطـه بـالكثير مـن الاضـطرابات النفسية عند الأطفال.
٢. القيام بالبحوث حـول علاقـة الألـم المتكـرر بمـستوى القـدرات الاجتماعيـة والتحـصيلية وعلاقة أنماط التعامل مع الأكتئاب والعجـز الـوظيفي عنـد الأطفـال الـذين تتكـرر لـديهم الأعراض والـشكاوى الجـسدية خاصـة وأن الدراسـات الحديثـة قـد أفترضـت أن نمـط التعامل التجنبي من قبل الأطفال يرتبط بتكـرار الأعـراض والاكتئـاب فـي حـين أن الـنمط المعتمد على الأخرين ارتبط بتكـرار الأعـراض والـشكاوى الجـسدية وبانخفـاض مـستوى الاكتئاب. أما النمط المعتمد على نفسه فيتميـز بانخفـاض تكـرار الأعـراض لـدى الأطفـال وبارتفاع مستويات الاكتئاب.
٣. إجراء المزيد من الدراسات في الموضـوع نفـسه وباسـتعمال أدوات دراسـة مختلفـة وذلـك من أجل التصدي إلى مشكلة طول أدوات الدراسـة خاصـة بالنـسبة للأطفـال. كـذلك فإنـه من المفيد أيضاً الجمع بين أسـلوبين لجمـع البيانـات وهمـا المقابلـة الشخـصية والتقـارير الذاتية والأهم في مجال مفهوم التعامل أن يؤخذ بالنمـاذج المركبـة لإسـاليب التعامـل التـي طرحت مؤخراً في المقالات الحديثة. فوظيفة أسلوب تعـاملي معـين يمكـن أن يتغيـر عبـر المواقف بناء على العلاقات البين شخـصية ممـا يـصعب علـى البـاحثين تـصنيف نـشاط تعاملي محدد تبعاً لوظيفة محددة. إذ أن الدراسات تفيد بأن هـذا النـوع مـن البحـوث أفـضل ويعتبر مناسبا لتقييم طبيعة تطوير استراتيجية التعامل مـع الألـم. فقـد يتعامـل الطفـل فـي

بداية نوبات الألم باستراتيجية معينة ومن ثم عند تكرار هذه النوبة وبظروف أخرى قد يتعامل بطرق مغايرة. وبالتالي يتم الحصول على تصور أفضل لأي تحول في أفضليات التعامل ووقت حدوثه ومع أي نوع من أنواع الألم المتكرر (آلام الرأس، البطن، المفاصل).

٤. ضرورة توجيه الهدف الرئيسي في إدارة الألم نحو تحويل تقييمات التهديد إلى تحدي فالتدريب في إدارة الألم يجب أن يركز على تعليم الأفراد التمييز بين ما يمكن تغييره وما يصعب تغييره.

٥. تدريب الأطفال المتألمين على عملية إعادة البناء المعرفي الذي يشجع على تبني تقييمات واقعية تبدو في غاية الأهمية. إذ قد يعمل على التخفيف من نواتج تبني السلوك المرضي وهي تقدير الذات المنخفض والاكتئاب والقلق والانسحاب من النشاطات الاجتماعية والأكاديمية.

٦. تدريب الأطفال المتألمين على مهارة حل المشكلات التي بدورها قد تساعد على رفع تقدير الذات عند هؤلاء الأطفال إذ يعتبر تقدير الذات مصدراً شخصياً رئيساً ومهماً في اختيار الاستراتيجية المناسبة للتعامل مع الضغط الذي يشكله الألم أو أي ضغط آخر وعند تدريب الأطفال المتألمين على اختيار استراتيجية فعالة للتعامل مع الألم يجب أن تكون مناسبه للظرف وأن تغيير بطريقة ايجابية العلاقة بين الفرد والبيئة.

٧. التعرف على الديناميات يبن أعضاء الأسرة والتأثير المتبادل فيما بينهم كما وعلى الديناميات المخفية في التفاعلات الأسرية.

٨. نشر الوعي بالمدارس خاصة تلك التي يتواجد فيها أو طبيب أو ممرضه بالإضافة إلى المرشدة نظراً لأهمية التعاون فيما بينهم بشأن تكرار زيارة الطلاب المتألمين إلى الطبيب والعمل على ضمهم إلى برامج تدريبية وإرشادية ودمجهم بالنشاطات المدرسية.

٩. إعداد برامج تدريب على "الوالدية" خاصة لأهالي الطلاب الذين يتكرر لديهم وجود الآلام والأعراض وذلك لنشر الوعي بأهمية التصدي لهذه الآلام عن طريق تثقيف الوالدين وأعضاء الأسرة بأهمية التفاعلات فيما بينهم وأهمية العوامل المتعلقة بتأثيرات الأمهات على البناء المعرفي للأطفال وإدراكات الأطفال لقدراتهم.

المراجع

الشيخ، أحمد (٢٠٠٥)، **العوامل المرتبطة باضطراب الأكل لدى عينة من المراهقات في مدارس عمان الخاصة**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

غيشان، ريما (١٩٩٥)، **العلاقة بين الآم البطن المتكررة عند الأطفال وكل من القلق والاكتئاب وحوادث الحياة الضاغطة**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

Aldrich. S, Eccleston C. & Crombez, G. (2000), Worry in about chronic pain: vigilance to threat and misdirected problem solving, **Behar Res Ther**, 38, 457- 70.

Alfven, G. (2003), One hundred cases of recurrent abdominal pain in children: diagnostic procedures and criteria for a psychosomatic diagnosis, **Acta Pediatr**, 92, 43 – 49.

Anie, K.A, Steptor, A., Ball, S., Dick, M. & Smalling, B., M. (2002), Coping and health service utilization in a U.K study of pediatric sickle cell pain. **Arch Dis Child**, 86, 325 – 329.

Apley, J. & Naish, N., (1958), Recurrent abdominal pain: A Field study of 1000 school children with recurrent abdominal pain. **Arch Dis Child.** 46, 337 – 340.

Apley, J. (1975), **The Child with Abdominal pains,** 2nd ed., Oxford, England: Blackwell scientific.

Baldwin, W. (2000), Information no one else Knows: The value of self – report. In A.A. Stone, J.S. Turkan, C.A. Bachrach, J.B. Jobe, H.S. Kurtaman and V.S. Cain (Eds), **The Science Of Self Report: Implications for Research and Practice,** (PP. 3-7), Mahwah, Nj: Lawrene Erlbaum.

Band, E., B. (1990), Children's coping with diabetes: Understand the role of cognitive development. **Journal of Pediatric Psychology**, 15, 27- 41.

Bandura, A. (1977), Self – efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change, **Psychological Review,** 84, 191 – 215.

Bentler, P. M. (1995). **EQS Structural Equations Program Manual**, Encino, CA: M Wtivariate Soft ware, Inc.

Bergner, M., Bobbitt, R.A., Carter, W.B., & Gilson, B.S. (1981), The sickness Impact Profile: Development and Final revision of a Health status measure, **Medical Care,** 19, 787 – 805.

Bille, B. (1981), Migraine in childhood and its prognosis, **Cephalalgiz,** 1, 71- 75.

Bowen, ML. & Glenn EE. (1998), Counseling Interventions for students who have mild disabilities, **Prof Sch Couns,** 2, 16 – 25.

Brown, S.C., Glass, J.M. & Park, D.C. (2002), The relationship of pain and depression to cognitive function in rheumatoid arthritis patients, **Pain,** 96, 279: - 284.

Busch, H. (2005), Appraisal and coping processes among chronic Low back pain patients, **Scand. J Caring Sci,** 19, 396 – 402.

Campbell, J.D. (1978), The child in the sick role: contributions of age, sex, parental status and parental values, **Journal Of Health And Social Behavior**, 19, 35- 51.

Chambers, C.T., Craigm K.D. & Bennette, S.M. (2002), The Impact of Maternal behavior on children's pain experiences: an experimental anaylsis. **J Pediatr Psycholo**, 27, 293-301.

Christensen, M.F. & Mortensen, O. (1995), Long – term prognosis in children with recurrent abdominal pain, **Archives Of Diseases Of Child hood**, 50, 110-114.

Christensen, U., Schmidt, L., Hougard, C.O., Kriegbaum, M. & Holstein, E., B. (2006), Socioeconomic position and variations in coping strategies In Musculoskeletal pain: A cross – sectional study, **J Rehabil Med**, 38, 316 – 321.

Claar, R., L. & Walker, L.S. (2006), Functional assessment of Pediatric pain patients: Psychometric Properties of the functional Disability Inventory, **Pain**, 121, 77-84.

Claar, R.L. & Walker, L.S. (1999), Maternal Attributions for the causes and Remedies of their children's Abdominal pain. **Journal of Pediatric Psychology**, 24, 4, 345- 354.

Claar, R.L., Walker, L.S. & Smith, C.A. (2002), The influence of Appraisals in understanding children's experiences with medical procedures, **Journal Of Pediatric Psychology,** 7, 553-563.

Claar, R.L., Walker. L.S. & Smith, C.A. (1999), Functinal Disability in adolescents and young Adult with symptoms of irritable Bowel syndrome: The Role of academic, Social, and athletic competence, **Journal Of Pediatric Psychology,** 24, 3, 271 – 280.

Clark, M.R. & Treisman, G.J. (2004), **Pain and Depression**, Vol. (25), T.N. Wise Falls Church, va.

Chesson, R.A., Chisholm, D. & Zaw, W. (2004), Counseling Children with chronic physical illness, **Patient Education and Counseling,** 331- 338.

Combs, J.A. & Caskey, P.M. (1997), Back pain in children and Adolescents: A Retrospective Review of 648 Patients, **Southern Medical Journal**, 99 (8), 789- 793.

Compass, B.E., Malcarne, V.L., & Fondacaro, K.M. (1988), Coping with stressfull events in older children and young adolescents, **Journal Of Consulting and Clinical Psychology**, 56, 406-411.

Conrad, R., Schilling, G., Bausch, C., Nadstawek, J., wartenberg, H.C., Wgener, I., Geiser, F., Imbierowicz, K. & Liedtke, R. (2007), Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients, **Pain,** 133, 179- 209.

Craig, K, D. (1986), Social Modeling influences: Pain in context. In R. A Strern back (Ed), **The Pschology Of Pain**, (2nd ed.) PP. 67-95, New york Press.

Crane, C. & Martin, M. (2002), Adultillness behavior: the impact of child hood experience, **Personality And Individual Differences**, 32, 785-798.

Crane, C. & Martin, M. (2004), Social learning, affective state and passive coping in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease, **General Hospital Psychiatry**, 26, 50-58.

Crombez, Bijttebier P., Eccleston C., Mascagni T, Mertens G & Goubert L, et al. (2003), The child version of the pain Catastrophizing Scale (PCS- C): A preliminary Validation, **Pain,** 104, 639 – 46.

De Ridder, D. A. & Schreurs, K. (2001), Developing Interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept, **Clinical Psychology Review**, 21, 250-240.

Dehghani, M. Sharpe, L. & Nicholas, M.K., (2003), Selective attention to pain – related information in chronic musculoskeletal pain partients. **Pain**, 105, 37- 46.

Dysvik, E., Natving, G.K., Ole – J. & Lindstrom, T.C. (2005), Coping with chronic pain. **International Journal Of Nursing Studies**, 42, 297-307.

Eccleston, C. & Crombez, G. (1999), Pain demands attention: a cognitive – affective model of the interruptive function of pain. **Psychol**. **Bull,** 125, 356 – 660.

Edwards, P. W., Zeichner, A., Kuczmierczyke, A.R. & Boczkowski, J. (1985), Familial pain models: the relationship between family history of pain and current pain experience**, Pain**, 21, 379-384.

Endler, N.S., Corace, K.M., Summer feldt, L.J. Johnson, J.M. & Rothbart, P. (2003), Coping with chronic pain, **Personality and Individual Differences**, 34, 323 – 346.

Fagan, M.A., (2005), Exploring the Relationship Between Maternal Migraine and Child Functioning. **Headache**, 43, 1042-1048.

Flor, H., Kerns, R. D, & Turk, D.C. (1987), The role of spouse reinforcement, Perceived pain, and activity levels of chronic pain patients, **Journal Of Psychosomatic Research**, 31, 251- 259.

Elgar, Fj. & McGrath, PJ, (2003), Self – administered Psychosocial treatments for Children and Families, **J clin psycho**, 59, 32- 39.

Garber, J., Walker, L.S., & Zeman, J. (1991), Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: Further validation of the children's somatization Inventory. **psychological Assessment.** 3, 588 – 595.

Goodman, J.E., McGrath, P.J.& forward, S.P. (1997), Agregation of pain complaints and pain related disability and handicap in a community sample. In T.S. Jensen, J.A. Turner and A.K. wiesenfeld – **Halling** (Eds.), Proceedings of the 8th world congress on pain, progress in pain research and management, 673- 682.

Goubert, L., Eccleston, C., Vervoort, T., Jordan, A. & Crombez, G. (2006), Parental catastrophizing about their child's pain. The parent version of the pain catastropizing Scale (PCS- P): A preliminary Validation, **Pain**, 123, 242 – 263.

Guite, J.W., Walker, L.S., Smith, C.A. & Garber, J. (2000), Children's perceptions of peers with somatic symptoms: the impact of Gender, Stress and illness, **Journal Of Pediatric Psychology**, 25, 3, 125-135.

Gulhati, A. & Minty, B. (1998), Parental health attitudes, illnesses and supports and the referral of children to medical specialists, child care, **Health And Development**, 24, 4, 285 – 313.

Gurege, O. (2008), Treating chronic pain in the context of comorbid depression. **Pain**, 134, 3-4.

Hanson, R.W. & Gerber, K.E. (1990), **Coping With Chronic Pain: A Guide To Patent Self – Management** pp. 15 – 45. New York: Guilford Press.

Heckman, C.J. & Westefeld, J.S., (2006), The Relationship Between traumatization and pain: what is the Role of Emotion? **Journal of Family Violence,** 21, 1, 63-73.

Hermann, C., Hohmeister, J., Zohsel, K., Ebinger, F. & Flor, H. (2007). The Assessment of pain coping and pain – Related cognitions in children and Adolescents: Current Methods and Further Development, **Pain,** 8, 10, 802-813.

Hill, J., Murray, L., Woodall, P., Parmar, B. & Hentges, F. (2004), Recalled relationships with parents and perceptions of professional support in mothers of infants treated for cleft Lip, **Attachment & Human Development,** 6, 1, 21-30.

Huguet, A., Miro, J. & Nieto, R. (2008), The Inventory of Parent/ Care giver Responses to the children's pain Experiences (IRPEDNA), Development and preliminary validation. **Pain,** 134, 128 – 139.

Hunfeld, J.A.M., Perauin, C.W., Duivenvoorden, H.J. Hazebroedk – kampschreur, A.M., Passchier, J., Vansuijlekom – Smit, L.W.A. & Wouden, C.V. (2001), Chronic pain and its impact on Quality of life in Adolescents and their families, **Journal Of Pediatric Psychology**, 26, 3, 145-153.

Jamison, R.N., & Walker, L.S. (1992), Illness behavior in children of chronic pain patients. **International Journal Of Psychiatry In Medicine**, 22, 329 – 342.

Jensen, M.P. & Karoly, P. (1991), Control beliefs, coping Efforts, and Adjustment to chronic pain. **Journal Of Consulting And Clinical Psychology**, 59, 3, 431 -438.

Jensen, M.P., Turner, J.A. & Romano, J.M. (1991), Self – efficacy and out come expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. **Pain,** 44, 263 – 269.

Jerant, A.F., Friederichs – Fitzwater, M.M. & Moore, M. (2005), Patient's perceived barriers to active self – management of chronic conditions. **Patient Education And Counseling**, 57, 300 – 307.

Keefe, F. J. (2000), Self – reports of pain Issues and opportunities. In A. A stone, J.S. Turk kan, J. B. Jobe, H. S. Kurtzman and V.S. Cain (Eds), **The Science Of Self – Report: Implization For Research And Practice,** (P.P. 317 – 337), Mahwah, N j: Lawrence Erlbaum.

Kerns, R.D., & Rosenberg, R. (1995), Pain – relevant responses from Significant others: Development of a significant – other version of WHYMPI Scales, **Pain,** 61, 245 – 249.

Kerns, R.D., Southwick, S., Giller, E.L., Haythomthb, J.A., Jacob, M.C, & Rosenberg, R. (1991), The relation ship between reports of pain – related Social interactions and expressions of pain and affective distress, **Behavior Therapy,** 22, 101 – 111.

Kristjansdottir, G. (2000), Familial aggregation and pain theory relating to recurrent pain experience in children. **Acta Pediatr,** 89, 1403 – 1405.

Kuhajda, M.C. Thorn, B.E., & Klinger, M.R. (1998), The effect of pain on memory for affective words. **Annals of Behavioral Medicine**, 20, 1-5.

Kuhajda, M.C., Thorn, B.E., Klinger, M.R. & Rubin, N.J. (2002), The effect of headache Pain attention (encoding), and memory (recognition), **Pain**, 97, 213- 221.

La Greca, A.M., Siegel, L.J., Wallander, J.L. & Walker, C.E. (1992), **Stress And Coping In Child Health,** the Guilford press.

Larisch, A., Schweickhardt, A. wirsching, M. & fritzsche, K. (2004), Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner A randomized controlled trial. **Journal of Psychosomatic Research**, 57, 507- 517.

Lazarus, R.S. (1999), **Stress And Emotin, A New Synthesis**. Springer, London.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984), **Stress Appraisal And Coping**. New York: Spinger.

Levy, R.L., Langer, S.L., Walker, L.S., Field, L.D. & Whitehead, F.W. (2006), Relationship Between the Decision to take a child to the clinic for Abdominal pain and Maternal Psychological Distress, **Arch Pediatr Adolesc. Med**., 160, 961 – 965.

Levy, R.L., Whitehead, W.E., Walker, L.S., Vonkorff, M. Feld, A.D., Garner, M. & Christies, D. (2004), Increased Somatic complaints and Health – Care Utilization in Children: Effects of Parent IBS status and parent Response to Gastrointestinal Symptoms, **Am & Gastroenterol**, 99, 2442-2451.

Lipani, T.A. & Walker, L.S. (2006), Children's Appraisal and coping with pain: Relation to Maternal Ratings of worry and Restriction in Family Activites, **Journal Of Pediatric Psychology**, 31 7, 667 – 673.

Little, C.A., Williams, S.E., Puzanovova, M., Pudzinski, E.R. & Walker, L.S. (2007), Mutiple Somatic symptoms Linked to positive screen for Depression in pediatric patients with chronic Abdomical pain. **Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition**, 44, 58 – 62.

Livneh, H. & Antonak, R.h., (2005), Psychosocial Adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors, **Journal of Counseling & Development,** 83, 12 – 20.

Livneh, H., Lott, S.M. & Antonak, R. F. (2004), Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach, **Psychology Health & Medicine** , 9, 4, 411- 416.

Logan, D.E., Guite, J.W., Sherry, D.D. & Rose, J.B. (2006), Adolescent – Parent Relationships in the context of Adolescent chronic pain conditions clin, **Pain,** 6, 20, 576-583.

Lynch, A., M., Kashikar – Zuck, S. Goldschneider, K.R. & Jones, B.A. (2007), Sex and age Differences in coping styles Among children with chronic pain, **Journal Of Pain And Symptom Management**, 33, 208 – 216.

Manimala MR, Blount. RL. & Cohen LL. (2000), The effects of parental reassurance versus distraction on child distress and coping during immunization. **Child Health Care,** 29, 161- 77.

Martin, Herz, S.,P., Smith, M.S. & McMahon, R.J. (1999), Psychosocial factors Associated with Headache in Junior High school student. **Journal Of Pediatric Psychology**, 24, 1, 13-23.

McCracken, L. M., Gauntlett – Gilber, J. & Vowles, K. E. (2007), The Role of mindfulness in a contextual cognitive – behavioral analysis of chronic pain – related suffering and disability, **Pain**, 131, 63 – 69.

McGrath, P.J. & Finley, A. (1990), **Chronic And Recurrent Pain In Children And Adolescents**, Eds Seattle, wash: IAS Press.

McParland, J., Wttyte, A. & Murphy- Black, T. (2005), An Exploration of Adjustment to pain: interactions with Attribution and individual Difference variables. **Psychology And Health**, 20, 1, 19-33.

Merlijn, v., Hunfeld, J.A.M., Wouden, J.C.V., Hazebroek – kampschreur, A., Van suijlekom – Smith, L., Koes, B.W. & Passcheir, J. (2005), A cognitive behavioural program for adolescents with chronic pain – a pilot study, **Patient Education And Counseling,** 58, 126-134.

Mikail, S. & Von Baeyer, C.L. (1995), Pain, somatic focus, and emotional adjustment in children of chronic headache suffers and controls. **Social Science And Medicine**, 31, 51- 59.

Mohammed, I., Cherkas, L.F., Riley, S.A., Spector, T.D. & Trudgill, N.J. (2005), Genetic Influences in irritable Bowel syndrome: A Twin study. **American Journal Of Gastroenterology,** 100, 1340 – 1344.

Mulvaney, S., Lambert, W.E., Garber, J. & Walker, L.,S. (2006), Trajectories of symptoms and impairment for pediatric patients with functional Abdominal pain: A 5 – year Longitudinal Study, **J. Am. ACAD. Child ADO Lesc. Psychiatry,** 45, 737 – 744.

Murk, C. J. (1999), **Self – Esteem: Research, Theory And Practice**, second edition. Springer: New York.

Nicholas, M., Asghari & A. (2006), Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: Is acceptance broader than we thought? **Pain**, 124, 269 – 279.

Nielsen, C.,S., Stubhaug, A., Price, D., D., vassend, O., Czaj kowski, N. & Harris, J.R. (2007). Individual differences in pain sensitivity: Genetic and environmental contributions. **Pain**, In Press.

Novy, D. M, Nelson, D.V., Francis, D. J. & Turk, D.C. (1995), Perspectives of chronic pain: An evaluative comparison of restrictive and comprehensive models, **Psychological Bulletin**, 118, 238 – 247.

Osborne, R.B., Hatcher, J.W. & Richtsmeier, A.J. (1989), The role of social modeling in unexplained pediatric pain, **Journal Of Pediatric Psychology**, 14.

Oster, J. (1972), Recurrent abdominal pain, headache, and Limb pains in children and adolescents. **Pediatrics,** 50, 429 – 436.

Palermo, T. M., Witherspoon, Valenzuela, D. & Drotar, D., D. (2004), Development and validation of the child Activity Limitations Interview: A measure of pain – related functional impairment in school – age children and adolescents, **Pain,** 109, 461 – 470.

Paulsen, J.S. & Altmaier, E. M. (1995), The Effects of perceived versus enacted social support on the discriminative cue function of spouses for pain behaviors**. Pain**, 60, 103 – 110.

Perquin, C.W. (2000), Hazebroek – Kampschreur, A.A. & Hunfled, J.A, Pain in children and adolescents a common experience. **Pain**, 87, 51-58.

Petersen, S, Bergstrom E. & Brulin C. (2003), High prevalence of tiredness and pain in young School children, **Scand J Public Health,** 87, 51 – 8.

Petersen, S., Brulin, C. & Bergstrom, E. (2006), Recurrent Pain symptyoms in Young school children are often Multiple, **Pain,** 121, 145 – 150.

Peterson, C.C. & Palermo, T.M. (2004), Parental Reinforcement of recurrent Pain: the Moderating Impact of child Depression and Anxiety on functional Disability, **Journal Of Pediatric Psychology**, 29, 5, 331 – 341.

Piira, T. Hayes, B., Goodenough, B. & Von Baeyer, C.L. (2006), Effects of attentional direction, age and coping style on cold – pressor pain in children**, Behavior Research And Therapy**, 44, 835-848.

Pryse – Phillips w, Findlay, H., Tug well, P., Edmeads, J., Murray, TJ. & Nelson, RF. (1992), A Canadian population survey on the clinical, epidemiologic, and societal impact of migraine and tension – type headache**, Can J. Neurolsci**, 19, 333- 339.

Reich, J.W, Hohnson, L.M., Zatra, A.J. & Davis, M.C. (2006). Uncertainty of illness Relationships with Mental Health and Coping processes in Fibromyalgia patients. **Journal Of Behavioral Medicine**, 29 (4): 367 – 316.

Reid, G. J., McGrath, P.,J. & Lang, B.A. (2005), Parent – Child interactions among children with Juvenile Fibromyalgia, arthritis, and healthy controls, **Pain**, 113, 201-210.

Rickard, K., (1988), The occurrence of maladaptive health – related behaviors and teacher – rated conduct problems in children of chronic low back pain Patients, **Journal of Behavioral Medicine**, 11, 107 – 116.

Robinson, J. O., Alverez, J.H. & Dodge, J.A. (1990), Life events and family history in children with recurrent abdominal pain, **Journal of Psychosomatic Research**, 34, 171 – 181.

Romano, J.M., Friedman, L.S., Hops, H., Turner, J. A., Jensen, R.B. & Wright, S.F., (1992), Sequential Analysis of chronic pain Behaviors and spouse Responses, **Journal Of Consulting And Clinical Psychology**, 60, 5, 777 – 782.

Roth – Isigkeit, A. Thyen, U. Stoven, H., Schwarzen berger, J., Schwarzen berger, J. & Schmucker, P. (2005), Pain Among children and Adolescents: Restrictions in Daily Living and triggering Factors, **Pediatrics**, 2 (115), 152 – 162.

Rusu, A.C. & Hasenbring, M. (2008), Multidimensional Pain Inventory derived classifications of chronic pain: Evidence for maladaptive pain related coping within the dysfunctional group, **Pain,** 134, 80-90.

Seligman, M. E. P (1972), Learned helplessness, **Annual Review of Medicine**, 23, 407 – 412.

Smith, R. (1998), Impact of migraine on the family. **Headache**, 38, 423-426.

Smith, C.A. & Lazarus, R.S. (1990), **Emotion And Adaptation**. In L.A. Pervin (ed.). Hand – book of personality: theory and research (PP.609-637), New York: Guilford press.

Sullivan, MLL, Thorn, B., Haythornth Waite J. A Keefe, f, Martin, M. & Bradiey, L.A. & Lefebure J.C. (2001), theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain, **Clinj Pain**, 17, 52 – 64.

Smith, C.A., Wallston, K.A., Dwyer., & Bowdy S.W. (1997), Beyond good and bad coping: A multidimensional examination of coping in Persons with rheumatoid arthritis, **Annals of Behavior Medicine**, 11-21.

Tabachnick, B. G, & Fidell, L. S. (1983), **Using Multivariate Statistics**. New York: Harper & Row.

Tan, G., Jensen, M., P., Thornby, J. & Anderson, K., O. (2005), Ethnicity, control Appraisal, coping, and Adjustment to chronic pain Among Black and white Americans, **American Academy Of Pain Medicine**, 6, 18 – 28.

Thorn, B.E. (2004), **Cognitive Therapy For Chronic Pain**, The Guilford Press.

Truchon, M., Cote, D. , Fillion, L., Arsenault, B. & Dionne, C. (2007), Low – back – pain related disability, An integration of psychological risk factors into the stress process model, **Pain**, in press.

Turk, D. C., Rudy T.E. & Salovey P. (1985), The McGill Pain Questionnaire Reconsidered: confirming the Factor structure and Examining Appropriate uses. **Pain**, 21, 385 – 397.

Turk, D.C., Flor, H. & Rudy, T.E. (1987), Pain and families I. Etiology, maintenance and psychosocial impact, **Pain**, 30, 3-27.

Turkat, L.D. (1982). An investigation of parental modeling in the etiology of diabetic illness behavior, **Behavior Research And Therapy**, 20, 547 – 552.

Turner J. A. & Aron L.A. (2001), Pain – related catheterizing: what is it, **Clinj Pain**, 17, 65 – 71

Vanslyke, D.A. & Walker, L.S. (2006), Mother's Responses to children's pain, clinj, **Pain,** 22, (4), 387 – 391.

Venepalli, N.K., VanTilburg, M.A.L. & Whitehead, W.E. (2006), Recurrent Abdominal Pain: what Determines Medical Consulting Behavior/ **Digestive Diseases And Sciences**, 51, 192 – 201.

Vervoort, T., Craig, K.D., Goubert, L., Dehoorne, J., Joos, R., Matthys, D., Buysse, A. & Crombez, G. (2008), Expressive dimensions of pain catastrophizing: A Comparative analysis of School children and children with clinical pain, **Pain,** 134, 59-68.

Walker, L. S., Williams, S.E., Smith, C.A., Garber, J., vanslyke, D.A. & Lipani, T.A. (2006), Parent attention versus distraction on symptom complaints by children with and without chronic functional abdominal pain, **Pain,** 122, 43 – 52.

Walker, L., S., Baber, K., Garber, J. & Smith, C., A. (2007), A typology of pain Coping strategies in pediatric patients with chronic abdominal pain**, Pain** in press.

Walker, L.S. Mclaughlin, F.J. & Greene, J. W. (1998), Functional illness and family Functioning: A comparison of Healthy and Somatizing Adolescents, **Family Process**, INC, Vol, 27, PP 317 – 325.

Walker, L.S., & Zeman, J.L. (1992), Parent response to child illness behavior, **Journal of Pediatric Psychology,** 17, 49 – 71.

Walker, L.S., Claar, R.L. & Garber, J. (2002), Social consequences of children’s pain: when do they Encourge symptom Maintenance? **Journal Of Pediatric Psychology**, 27 (8), 689 – 698.

Walker, L.S., F\Garber, J., Smith, C.A., Vanslyke, D.A. & Claar, R.L. (2001), The Relation of daily stressors to somatic and Emotinal symptoms in children with and without Recurrent Abdominal Pain, **Journal of Consulting And Clinical Psychology**, (69), 85- 91.

Walker, L.S., Garber, J., & Greene, J.W. (1993), Psychosocial correlates of recurrent abdominal Pain: A comparison of Pediatric Patient with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders, **Journal Of Abnormal Psychology**, 102, 248 – 252.

Walker, L.S., Garber, J. & Greene, J.W. (1991), Somatization symtoms in pediatric Abdominal pain Patients: Relation to, chronicity of Abdominal pain and parent Somatization, **Journal Of Abnormal Child Psychology**, 19, (4), 397 – 393.

Walker, L.S., Garber, J. & Greene, J.W. (1994), Somatic complaints in pediatric patients: A prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence, and parental somatic symptoms. **Journal Of Consulting And Clinical Psychology**, 62, 1213 – 1221.

Walker, L.S., Garber, J., Vanslyke, D.A., & Greene, J.W. (1995), Long term health out comes in patients with recurrent abdominal pain, **Journal Of Consulting And Clinical Psychology,** 62, 1213 – 1221.

Walker, L.S. & Greene, J. W. (1989), Children with recurrent abdominal pain and their parents: more somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families? **Journal Of Pediatric Psychology**, 14, 231 – 244.

Walker, L.S. & Greene, J.W. (1987), Negative life events, Psychosocial Resources, **Journal Of Clinical Child Psychology**, Vol, 16, No. 1 PP. 29 – 36.

Walker, L.S. & Jones, D.S. (2005), Psychosocial factors: Impact on symptom severity and Outcomes, **Journal Of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders**, 41, 52-52.

Walker, L.S., Levy, R.L. & Whitehead, W.E. (2006), Validation of a measure of protective parent Responses to children's pain, chinj, **Pain**, 22, 8 712 – 716.

Walker, L.S., Smith C.A., Garber, J. & Claar, R.L. (2005), Testing a model of pain Appraisal and coping in children with chronic Abdominal pain, **Health Psychology**, 24 (4), 364 – 374.

Walker, L.S., Smith, C.A., Garber, J. & Claar, R.,L. (2007), Appraisal and coping with stressors by pediatric patients with chronic Abdominal pain. **Journal Of Pediatric Psychology**, 32 (2), 266 – 216.

Walker, L.S., Smith, G.A., Garber, J. & Vanslyke, D.A. (1997), Development and validation of the pain Response Inventory for children, **Psychological Assessment**, 9 (4), 392- 405.

Walker, L.S., Guite, J.W., Duke, M., Bornard, J.A. & Greene, J.W. (1998), Recurrent abdomibominal pain: A Potential precursor of irritable bowel syndrome in adolescents and young Adults, **Journal of Pediatrics**, 132, 101-1015.

Witty, T.E., Heppner, p.p, Bernard, C.B. & Thoreson, R.W., (2001), Problem – Solving Appraisal and psychological Adjustment of persons with chronic Low – Back Pain, **Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings**, 8(3), 149-160.

الملحق ١. استبانة الدراسة الاستطلاعية/ لتشخيص الأعراض والشكاوى الجسدية

الاسم:__________ الجنس: ذكر – أنثى

العمر:__________ المدرسة: ____________

عزيز الطالب/ الطالبة ،،،،

في الأشهر الستة السابقة هل أصابتك الأم في المعدة والبطن، الرأس، الظهر؟

ضع إشارة (×) مقابل نوع الألم الذي أصيبت به وعدد مرات الإصابة.

نوع الألم	**أبداً/ نادراً**	**مرة كل شهر**	**مرة كل أسبوع**	**أكثر من مرة في الأسبوع**	**كل يوم**
الآم المعدة والبطن					
الآم في الرأس					
الآم في الظهر والمفاصل					

ضع إشارة (×) مقابل درجة شدة الألم الذي شعرت به

نوع الألم	آلام خفيفة جداً	آلام خفيفة	آلام شديدة	آلام شديدة جداً
الآم المعدة والبطن				
الآم في الرأس				
الآم في الظهر والمفاصل				

الملحق ٢.

قائمة اضطراب الجسدنة للأطفال Children’s Somatization Inventory CSI

Walker & Greene, 1989

فيما يلي قائمة من الأعراض التي قد تكون أصبت بها في الأسبوعين الماضيين. ضع دائرة حول الدرجة التي أزعجك بها هذا العرض إذا كنت قد أصبت به:

الأعراض	الدرجة				
	أبداً	نادراً	قليلاً	كثيراً	كثيراً جداً
	٠	١	٢	٣	٤
١- صداع (وجع رأس)	٠	١	٢	٣	٤
٢- دوخة أو إغماءة.	٠	١	٢	٣	٤
٣- ألم في الصدر أو القلب.	٠	١	٢	٣	٤
٤- الشعور أن ليس لديك طاقة.	٠	١	٢	٣	٤
٥- أوجاع في أسفل الظهر.	٠	١	٢	٣	٤
٦- ألم في العضلات.	٠	١	٢	٣	٤
٧- صعوبة في التنفس (خلال الراحة).	٠	١	٢	٣	٤
٨- الشعور بالسخونة أو البرودة دون سبب.	٠	١	٢	٣	٤
٩- الخدران في بعض أجزاء الجسم.	٠	١	٢	٣	٤
١٠- غصة في الحلق.	٠	١	٢	٣	٤
١١- ضعف في أجزاء من الجسم.	٠	١	٢	٣	٤
١٢- الشعور بالثقل في الأرجل أو الأيدي.	٠	١	٢	٣	٤
١٣- لعيان أو انزعاج في المعدة.	٠	١	٢	٣	٤
١٤- إمساك.	٠	١	٢	٣	٤
١٥- إسهال.	٠	١	٢	٣	٤
١٦- أوجاع في المعدة أو البطن.	٠	١	٢	٣	٤
١٧- تسارع في دقات القلب أو النبض (خلال الراحة).	٠	١	٢	٣	٤
١٨- صعوبة في البلع.	٠	١	٢	٣	٤
١٩- فقدان للصوت.	٠	١	٢	٣	٤
٢٠- عدم القدرة على السمع (الطرش).	٠	١	٢	٣	٤
٢١- رؤية مزدوجة (حتى باستعمال النظارة الطبية).	٠	١	٢	٣	٤
٢٢- ضبابية في الرؤية أو عدم وضوح في الرؤية.	٠	١	٢	٣	٤
٢٣- العمى (عدم القدرة على الرؤية إطلاقاً)	٠	١	٢	٣	٤
٢٤- فقدان الوعي.	٠	١	٢	٣	٤
٢٥- فقدان الذاكرة.	٠	١	٢	٣	٤
٢٦- تشنجات (ارتعاشات لا إرادية في الجسم).	٠	١	٢	٣	٤
٢٧- اضطراب في المشي.	٠	١	٢	٣	٤
٢٨- شلل أو ضعف في العضلات.	٠	١	٢	٣	٤
٢٩- صعوبة في التبول.	٠	١	٢	٣	٤
٣٠- قيء (استفراغ).	٠	١	٢	٣	٤
٣١- انتفاخ (غازات في البطن).	٠	١	٢	٣	٤
٣٢- الشعور بالمرض عندما تأكل أو ترى الطعام.	٠	١	٢	٣	٤
٣٣- ألم الركبة – الكوع- أو مفاصل أخرى.	٠	١	٢	٣	٤
٣٤- ألم في الأذرع أو الأرجل.	٠	١	٢	٣	٤
٣٥- ألم عند التبول.	٠	١	٢	٣	٤

الملحق ٣.

قائمة اضطراب الجسدنة للراشدين Adult Somatization Inventory ASI

Walker et al., 1991

فيما يلي قائمة من الأعراض التي يصاب بها الناس عادة. الرجاء وضع إشارة توضح الدرجة الذي أزعجك بها هذا العرض في السنة الماضية:

الأعراض	الدرجة				
	أبداً ٠	نادراً ١	قليلاً ٢	كثيراً ٣	كثيراً جداً ٤
١- صداع (وجع رأس)	٠	١	٢	٣	٤
٢- دوخة أو إغماءة.	٠	١	٢	٣	٤
٣- ألم في الصدر أو القلب.	٠	١	٢	٣	٤
٤- الشعور أن ليس لديك طاقة.	٠	١	٢	٣	٤
٥- أوجاع في أسفل الظهر.	٠	١	٢	٣	٤
٦- ألم في العضلات.	٠	١	٢	٣	٤
٧- صعوبة في التنفس (خلال الراحة).	٠	١	٢	٣	٤
٨- الشعور بالسخونة أو البرودة دون سبب.	٠	١	٢	٣	٤
٩- الخدران في بعض أجزاء الجسم.	٠	١	٢	٣	٤
١٠- غصة في الحلق.	٠	١	٢	٣	٤
١١- ضعف في أجزاء من الجسم.	٠	١	٢	٣	٤
١٢- الشعور بالثقل في الأرجل أو الأيدي.	٠	١	٢	٣	٤
١٣- لعيان أو انزعاج في المعدة.	٠	١	٢	٣	٤
١٤- إمساك.	٠	١	٢	٣	٤
١٥- إسهال.	٠	١	٢	٣	٤
١٦- أوجاع في المعدة أو البطن.	٠	١	٢	٣	٤
١٧- تسارع في دقات القلب أو النبض (خلال الراحة).	٠	١	٢	٣	٤
١٨- صعوبة في البلع.	٠	١	٢	٣	٤
١٩- فقدان للصوت.	٠	١	٢	٣	٤
٢٠- عدم القدرة على السمع (الطرش).	٠	١	٢	٣	٤
٢١- رؤية مزدوجة (حتى باستعمال النظارة الطبية).	٠	١	٢	٣	٤
٢٢- ضبابية في الرؤية أو عدم وضوح في الرؤية.	٠	١	٢	٣	٤
٢٣- العمى (عدم القدرة على الرؤية إطلاقاً)	٠	١	٢	٣	٤
٢٤- فقدان الوعي.	٠	١	٢	٣	٤
٢٥- فقدان الذاكرة.	٠	١	٢	٣	٤
٢٦- تشنجات (ارتعاشات لا إرادية في الجسم).	٠	١	٢	٣	٤
٢٧- اضطراب في المشي.	٠	١	٢	٣	٤
٢٨- شلل أو ضعف في العضلات.	٠	١	٢	٣	٤
٢٩- صعوبة في التبول.	٠	١	٢	٣	٤
٣٠- قيء (استفراغ).	٠	١	٢	٣	٤
٣١- انتفاخ (غازات في البطن).	٠	١	٢	٣	٤
٣٢- الشعور بالمرض عندما تأكلي أو تشاهدي الطعام.	٠	١	٢	٣	٤
٣٣- ألم الركبة – الكوع- أو مفاصل أخرى.	٠	١	٢	٣	٤
٣٤- ألم في الأذرع أو الأرجل.	٠	١	٢	٣	٤
٣٥- ألم عند التبول.	٠	١	٢	٣	٤

الملحق ٤.

مقياس صورة تأثير المرض Sickness Impact Profile (SIP)

يرجى وضع إشارة نعم إذا كانت الجملة تنطبق على وضعك الصحي خلال الأسبوعين الماضيين وإشارة لا إذا لم تكن تنطبق.

إدارة المنزل:

في الأسبوعين الماضيين وبسبب صحتي:

١- مارست بعض الأعمال المنزلية واسترحت معظم الوقت.

٢- قمت بأعمال أقل من المعتاد.

٣- لم أمارس أياً من الأعمال التي كنت أمارسها في العادة.

٤- لم أقم أو أشرف على أية أعمال لها علاقة بالصيانة أو الحديقة والتي كنت أقوم بها عادة.

٥- لم أقم بالتسوق الذي كنت أقوم به عادة.

٦- لم أقم وأشرف على أعمال التنظيف أو الغسيل في البيت.

٧- وجدت صعوبة في القيام ببعض الأعمال اليدوية.

٨- لم أقم بأية أعمال تتطلب جهداً كبيراً داخل البيت.

٩- توقفت عن الاهتمام بالأمور المالية مثل دفع الفواتير، الذهاب إلى البنك.

أوقات التسلية:

في الأسبوعين الماضيين وبسبب صحتي:

١- قضيت وقتاً أقل في ممارسة هواياتي.

٢- قل خروجي من البيت للترفيه والتسلية.

٣- اختصرت من أوقات القيام بالنشاطات الترفيهية الهادفة مثل قراءة الكتب، لعب الورق، مشاهدة التلفاز.

٤- لم أعد أقوم بأي نشاط ترفيهي هادف مثل قراءة الكتب، لعب الورق، مشاهدة التلفاز.

٥- فضلت القيام وبشكل أكبر بنشاطات غير حركية بدلاً من النشاطات الحركية التي كنت أقوم بها.

٦- قلت مشاركتي في النشاطات الاجتماعية.

٧- اختصرت بعضاً من النشاطات المسلية الجسدية.

٨- لم أعد أقوم بأي نشاط تسلية يتطلب جهداً جسدياً.

السلوك الانفعالي:

في الأسبوعين الماضيين وبسبب صحتي:

١- قلت لنفسي أنني بلا فائدة وأنا عبء على غيري.

٢- بكيت أو ضحكت فجأة.

٣- كنت غالباً ما أئن من الألم وعدم الراحة.

٤- حاولت الانتحار أو فكرت فيه.

٥- تصرفت بشكل عصبي.

٦- قمت بتدليك أجزاء من جسمي وبشكل متكرر بسبب الألم.
٧- تصرفت بعصبية وبعدم صبر مع نفسي (لمت نفسي، تلفظت بألفاظ نابية على نفسي).
٨- تكلمت عن المستقبل بطريقة لا تدل على وجود أمل.
٩- انتابني رعب مفاجئ.

التفاعلات الاجتماعية:

في الأسبوعين الماضيين وبسبب صحتي:
١- اختصرت الزيارات الاجتماعية.
٢- لم أذهب أبداً خارج البيت لزيارة الناس.
٣- أبديت اهتماماً أقل بمشاكل الآخرين (لم أسمع لهم، لم أعرض أي مساعدة).
٤- غالباً ما تصرفت بعصبية اتجاه الآخرين (أعطي أجوبة قاسية، ناقدة في معظم الوقت).
٥- أظهرت عاطفة أقل.
٦- قللت من النشاطات الاجتماعية مع المجموعات كما وقللت المدة التي أقضيها مع الناس.
٧- تجنبت استقبال الناس.
٨- قل اهتمامي بالأمور الجنسية.
٩- غالباً ما عبرت عن قلقي وانشغالي بأموري الصحية.
١٠- دائماً كنت أبدي قلقاً وانشغالاً بأموري الصحية.
١١- تكلمت مع من حولي بشكل أقل.
١٢- كانت مطالبي لمن حولي كثيرة (كنت مصرة لأن يقوموا بأعمال أكثر من المعتاد).
١٣- كنت أجلس وحيدة معظم الوقت.
١٤- لم أتفق مع أياً من أفراد أسرتي وكنت عنيدة.
١٥- انتابتني ثورات غضب متعددة مع أفراد أسرتي.
١٦- حاولت عزل نفسي بقدر المستطاع عن أفراد عائلتي.
١٧- لم أعد أنتبه للأطفال.
١٨- كنت أرفض أي تواصل مع أفراد أسرتي (أستدير عندما يريدون التكلم معي) أتجاهلهم.
١٩- لم أعد أقوم بأشياء مسلية مع أطفالي كنت أقوم بها في السابق.
٢٠- لم أعد أتبادل النكات والمزاح مع أفراد أسرتي كما كنت سابقاً.

الملحق ٥.

قائمة استجابات الأمهات لسلوك الألم عند أطفالهن

Parent Responses To Children's Pain Behavior Inventory

تصيب الأطفال آلام متعددة متكررة مثل (المغص، الصداع، وجع في المعدة وفي المفاصل). الرجاء الإجابة على العبارات التالية وهي تشير إلى طريقة استجابتك لآلام طفلك.

٠ تعني أبداً
١ تعني في مرات قليلة
٢ تعني في بعض الأوقات
٣ تعني في مرات كثيرة
٤ تعني دائماً

	أبداً (٠)	في مرات قليلة (١)	في بعض الأوقات (٢)	في مرات كثيرة (٣)	دائماً (٤)
١- تسألين طفلك ماذا يمكن أن تفعلي لمساعدته.					
٢- تعبرين لطفلك أنك غاضبة ومحبطة من شكواه.					
٣- تقومين بالأعمال التي يفترض أن يقوم بها طفلك.					
٤- تطلبين من طفلك أن يأخذ قسطاً من الراحة.					
٥-تتحدثين مع طفلك بأمر آخر حتى ينسى آلمه.					
٦- تعطين طفلك دواء.					
٧- تطمئنين طفلك بأن الألم سيزول.					
٨- تعطين طفلك شيئاً ليأكله أو ليشربه.					
٩- تقضين مع طفلك وقتاً أكبر.					
١٠- تقدمين لطفلك هدايا صغيرة.					
١١- تحاولين ألا تعطي طفلك انتباهاً.					
١٢- تسأليه أين موضع الوجه وكيف يشعر.					
١٣- تجعلين طفلك يجلس في البيت ويتغيب عن المدرسة.					
١٤- تشجعين طفلك على القيام بأشياء يحبها (ألعاب فيديو، مشاهدة التلفاز).					
١٥- تكلمين الطبيب أو تأخذيه للعيادة.					
١٦- تخبري طفلك بأنه يستطيع أن يترك بعضاً من واجباته.					
١٧- تخبري طفلك بأنك لا تستطيعين القيام بأي شيء.					
١٨- تعطين طفلك بعض الامتيازات أو تسمحين لطفلك القيام ببعض الأشياء التي عادة لا تسمحين له القيام بها.					
١٩- تجلسين معه في البيت ولا تخرجين للقيام ببعض الأعمال المعتادة.					
٢٠- تخبرين أفراد آخرين من العائلة بأن لا يزعجوا طفلك أو يكونوا أكثر لطفاً معه.					
٢١- تخبرين طفلك بأن لا يقلق وأن الأمر بسيط.					

	أبداً (٠)	في مرات قليلة (١)	في بعض الأوقات (٢)	في مرات كثيرة (٣)	دائماً (٤)
٢٢- تعطين طفلك انتباهاً أكثر من المعتاد.					
٢٣- تنزعجين بشكل كبير على طفلك.					
٢٤- تسمحين لطفلك بالنوم في سريرك.					
٢٥- تقولين لطفلك أنه يجب أن يتعلم أن يكون قوياً.					
٢٦- تسمحين لطفلك في البقاء بالسرير أكثر من المعتاد.					
٢٧- تمنعين طفلك من الخروج من البيت.					
٢٨- تحاولين إشغال طفلك بأي نشاط.					
٢٩- ترغمين طفلك على الذهاب إلى المدرسة.					
٣٠- تسمحين لطفلك القيام بأشياء في العادة ممنوعة.					
٣١- تحاولين أن تفعلي أي شيء لجعل طفلك يشعر بالراحة.					
٣٢- تخبرين طفلك أنك تتوقعين منه القيام بما هو مطلوب منه يومياً على الرغم من وجود الألم.					
٣٣- تتفقدين طفلك بين الحين والآخر.					

ملحق ٦.

قائمة استجابات الأمهات لسلوك الألم عند أطفالهن/ المعدلة

Parent Responses To Children's Pain Behavior Inventory

تصيب الأطفال آلام متعددة متكررة مثل (المغص، الصداع، وجع في المعدة وفي المفاصل). الرجاء الإجابة على العبارات التالية وهي تشير إلى طريقة استجابتك لآلام طفلك.

٠ تعني أبداً
١ تعني في مرات قليلة
٢ تعني في بعض الأوقات
٣ تعني في مرات كثيرة
٤ تعني دائماً

	أبداً (٠)	في مرات قليلة (١)	في بعض الأوقات (٢)	في مرات كثيرة (٣)	دائماً (٤)
١. تسألين طفلك ماذا يمكن أن تفعلي لمساعدته.					
٢. تعبرين لطفلك أنك غاضبة ومحبطة من شكواه.					
٣. تقومين بالأعمال التي يفترض أن يقوم بها طفلك.					
٤.تتحدثين مع طفلك بأمر آخر حتى ينسى آلمه.					
٥. تعطين طفلك دواء.					
٦. تطمئنين طفلك بأن الألم سيزول.					
٧. تعطين طفلك شيئاً ليأكله أو ليشربه.					
٨. تقدمين لطفلك هدايا صغيرة.					
٩. تحاولين ألا تعطي طفلك انتباهاً.					
١٠. تسأليه أين موضع الوجه وكيف يشعر.					
١١. تجعلين طفلك يجلس في البيت ويتغيب عن المدرسة.					
١٢. تشجعين طفلك على القيام بأشياء يحبها (ألعاب فيديو، مشاهدة التلفاز).					
١٣. تخبري طفلك بأنه يستطيع أن يترك بعضاً من واجباته.					
١٤. تخبري طفلك بأنك لا تستطيعين القيام بأي شيء.					
١٥. تعطين طفلك بعض الامتيازات أو تسمحين لطفلك القيام ببعض الأشياء التي عادة لا تسمحين له القيام بها.					
١٦. تجلسين معه في البيت ولا تخرجين للقيام ببعض الأعمال المعتادة.					
١٧. تخبرين أفراد آخرين من العائلة بأن لا يزعجوا طفلك أو يكونوا أكثر لطفاً معه.					
١٨. تخبرين طفلك بأن لا يقلق وأن الأمر بسيط.					
١٩. تعطين طفلك انتباهاً أكثر من المعتاد.					

	أبداً (٠)	في مرات قليلة (١)	في بعض الأوقات (٢)	في مرات كثيرة (٣)	دائماً (٤)
٢٠. تسمحين لطفلك بالنوم في سريرك.					
٢١. تقولين لطفلك أنه يجب أن يتعلم أن يكون قوياً.					
٢٢. تسمحين لطفلك في البقاء بالسرير أكثر من المعتاد.					
٢٣. تمنعين طفلك من الخروج من البيت.					
٢٤. تحاولين إشغال طفلك بأي نشاط.					
٢٥. ترغمين طفلك على الذهاب إلى المدرسة.					
٢٦. تسمحين لطفلك القيام بأشياء في العادة ممنوعة.					
٢٧. تحاولين أن تفعلي أي شيء لجعل طفلك يشعر بالراحة.					
٢٨. تخبرين طفلك أنك تتوقعين منه القيام بما هو مطلوب منه يومياً على الرغم من وجود الألم.					
٢٩. تتفقدين طفلك بين الحين والآخر.					

الملحق ٧.

قائمة اعتقادات الألم – نسخة الأطفال Pain Beliefs Inventory

عندما تشعر بالألم في (الرأس أو المعدة أو البطن أو المفاصل أو أسفل الظهر) هناك عبارات تقولها لنفسك ... ما مدى تطابق هذه العبارات مع ما تقوله لنفسك عندما تشعر بالآلام.

يرجى وضع إشارة × أمام كل فقرة تحت العمود المناسب لتوضح مدى انطباق محتوى الفقرة على وضعك.

	ليست صحيحة (٠)	صحيحة قليلاً (١)	صحيحة أحياناً (٢)	صحيحة غالباً(٣)	صحيحة تماماً (٤)
١. عندما أتألم أعتقد أنني مصاب بمرض خطير.					
٢. أعتقد أن هذا المرض سوف يحدث دائماً.					
٣. عندما أتألم، أعتقد أنني أستطيع أن أجد طرق لأتحسن.					
٤. عندما أتألم دائماً يستمر لفترة طويلة.					
٥. أعتقد أنني سأتألم كل الوقت.					
٦. أعتقد أنني لا أستطيع تحمل الألم.					
٧. يؤثر علي الألم وبشكل كبير.					
٨. أعتقد أن الألم سوف يرافقني مدى الحياة.					
٩. أنا أعرف أنني أستطيع تحمل الألم بالرغم من كونه مؤذياً.					
١٠. بالرغم من وجود الألم لا أشعر أنه هناك شيء خطير عندي					
١١. أعتقد أنني أستطيع أن أتحسن إذا أردت ذلك.					
١٢. أنا دائماً أصاب بالآلام.					
١٣. الألم الذي يصيبني لا يزعجني بشكل كبير.					
١٤. أنا لا أستطيع أن أتحمل فكرة حدوث هذه الآلام مرة أخرى.					
١٥. أعتقد أن الآلام سوف تستمر عندما أكبر.					
١٦. عندما أتألم هذا يعني أنني مريض جداً.					
١٧. عندما أصاب بالألم يستمر فقط لدقائق.					
١٨. أعتقد أن هذه الآلام تؤذيني أكثر من أي شيء.					
١٩. عندما أصاب بالألم أستطيع أن أجد طرق متعددة لإيقاف الألم.					
٢٠. أعتقد أن الوجع الذي يصيبني سوف يستمر إلى الأبد.					
٢١. عندما أتألم لا يبدو أن شيئاً مما أجربه مفيد.					
٢٢. قليلاً ما أشعر بالألم.					
٢٣. بالنسبة لي الأمور جيدة حتى لو بقي الألم.					
٢٤. الوجع الذي يصيبني ليس مهماً.					
٢٥. إذا بقيت هذه الآلام سوف تكون حياتي تعيسة.					
٢٦. الوجع الذي يصيبني يتوقف بسرعة.					
٢٧. عندما تصيبني أوجاع قوية ليس هناك شيء أفعله لكي أتحسن.					
٢٨. الألم الذي يصيبني فعلاً يؤذيني.					
٢٩. لا أستطيع التعامل مع هذا الألم.					
٣٠. أنا دائماً موجوع.					
٣١. عندما أتألم بشدة لا أشعر أنني قادر على فعل ما يخفف من ألمي.					
٣٢. أعتقد أن آلامي سوف تتوقف قريباً.					

الملحق ٨.

قائمة اعتقادات الألم- نسخة الأم Pain Beliefs Inventory

عندما تصيب طفلك نوبة من ألم (البطن، المعدة، الرأس، المفاصل، الظهر) إلى أي مدى تعتقدين بأن الجمل التالية تتفق مع موقفك من هذه الآلام؟

(٠) ليست صحيحة (١) صحيحة قليلاً (٢) صحيحة أحياناً
(٣) صحيحة غالباً (٤) صحيحة تماماً

	ليست صحيحة (٠)	صحيحة قليلاً (١)	صحيحة أحياناً (٢)	صحيحة غالباً(٣)	صحيحة تماماً (٤)
١. عندما يتألم طفلي أعتقد أنه مصاب بمرض خطير.					
٢. سوف يعاني طفلي دائماً من الآلام.					
٣. عندما يتألم طفلي يستطيع أن يجد طرقاً ليشعر بطريقة أفضل.					
٤. غالباً ما تستمر آلام طفلي لفترة طويلة.					
٥. في معظم الأوقات ينتاب طفلي أوجاع متعددة.					
٦. لا يستطيع طفلي تحمل الألم.					
٧. تؤثر هذه الآلام على طفلي وبشكل كبير.					
٨. أعتقد أن هذه الآلام سوف تصيب طفلي لبقية عمره.					
٩. أعرف أن طفلي سوف يتدبر أمره مهما اشتدت عليه الآلام.					
١٠. بالرغم من وجود هذه الآلام لا أعتقد أن لديه مشكلة حقيقية.					
١١. عندما يتألم طفلي يستطيع أن يتحسن إذا هو أراد ذلك.					
١٢. دائماً وأبداً تصيب طفلي مثل هذه الأوجاع.					
١٣. أعتقد أن هذه النوبات لا تؤلم طفلي كثيراً.					
١٤. إذا استمرت نوبات الألم لا أعرف كيف سوف يتحملها طفلي.					
١٥. سوف ترافقه هذه الآلام عندما يصبح كبيراً.					
١٦. عندما يتألم طفلي أعتقد أنه مريض جداً.					
١٧. آلام طفلي تستمر لدقائق قليلة.					
١٨. هذه الآلام تؤذيه بشكل أسوأ من أي شيء آخر.					
١٩- عندما يتألم طفلي يستطيع أن يجد طرقاً لإيقاف الألم.					

	ليست صحيحة (٠)	صحيحة قليلاً (١)	صحيحة أحياناً (٢)	صحيحة غالباً(٣)	صحيحة تماماً (٤)
٢٠. آلام طفلي سوف تستمر إلى الأبد.					
٢١. عندما يتألم طفلي لا يبدو أن شيئاً مما يجرب عمله يفيد.					
٢٢. تصبيه هذه الأوجاع في فترات متباعدة.					
٢٣. أعتقد أن الأمور سوف تكون جيدة بالنسبة لطفلي حتى لو استمرت هذه الأوجاع.					
٢٤. آلام طفلي ليست ذات أهمية كبرى.					
٢٥. إذا استمر حدوث هذه الآلام ستكون حياة طفلي مريعة.					
٢٦. أعتقد أن آلام طفلي سوف تختفي بسرعة.					
٢٧. عندما تصيب طفلي هذه الآلام ليس هناك من شيء يستطيع فعله لكي يخف الألم.					
٢٨. أوجاع طفلي فعلاً مؤلمة جداً.					
٢٩. عندما يتألم طفلي لا يعرف كيف يتعامل مع الوجع.					
٣٠. مثل هذه الآلام تصيبه دائماً.					
٣١. في العادة عندما تصيبه هذه الآلام لا يبدو أنه يعرف كيف يتصرف ليصبح في حال أفضل.					
٣٢. سوف تتوقف آلام طفلي وبسرعة.					

الملحق ٩.

قائمة اعتقادات الألم- نسخة الأم Pain Beliefs Inventory/ المعدلة

عندما تصيب طفلك نوبة من ألم (البطن، المعدة، الرأس، المفاصل، الظهر) إلى أي مدى تعتقدين بأن الجمل التالية تتفق مع موقفك من هذه الآلام؟

(٠) ليست صحيحة (١) صحيحة قليلاً (٢) صحيحة أحياناً

(٣) صحيحة غالباً (٤) صحيحة تماماً

	ليست صحيحة (٠)	صحيحة قليلا (١)	صحيحة أحيانا (٢)	صحيحة غالبا(٣)	صحيحة تماما (٤)
١. عندما يتألم طفلي أعتقد أنه مصاب بمرض خطير.					
٢. سوف يعاني طفلي دائماً من الآلام.					
٣. عندما يتألم طفلي يستطيع أن يجد طرقاً ليشعر بطريقة أفضل.					
٤. غالباً ما تستمر آلام طفلي لفترة طويلة.					
٥. في معظم الأوقات ينتاب طفلي أوجاع متعددة.					
٦. لا يستطيع طفلي تحمل الألم.					
٧. تؤثر هذه الآلام على طفلي وبشكل كبير.					
٨. أعتقد أن هذه الآلام سوف تصيب طفلي لبقية عمره.					
٩. أعرف أن طفلي سوف يتدبر أمره مهما اشتدت عليه الآلام.					
١٠. بالرغم من وجود هذه الآلام لا أعتقد أن لديه مشكلة حقيقية.					
١١. عندما يتألم طفلي يستطيع أن يتحسن إذا هو أراد ذلك.					
١٢. دائماً وأبداً تصيب طفلي مثل هذه الأوجاع.					
١٣. إذا استمرت نوبات الألم لا أعرف كيف سوف يتحملها طفلي.					
١٤. سوف ترافقه هذه الآلام عندما يصبح كبيراً.					
١٥. عندما يتألم طفلي أعتقد أنه مريض جداً.					
١٦. هذه الآلام تؤذيه بشكل أسوأ من أي شيء آخر.					
١٧- عندما يتألم طفلي يستطيع أن يجد طرقاً لإيقاف الألم.					
١٨. آلام طفلي سوف تستمر إلى الأبد.					
١٩. عندما يتألم طفلي لا يبدو أن شيئاً مما يجرب					

	ليست صحيحة (٠)	صحيحة قليلا (١)	صحيحة أحيانا (٢)	صحيحة غالباً(٣)	صحيحة تماماً (٤)
عمله يفيد.					
٢٠. أعتقد أن الأمور سوف تكون جيدة بالنسبة لطفلي حتى لو استمرت هذه الأوجاع.					
٢١. آلام طفلي ليست ذات أهمية كبرى.					
٢٢. إذا استمر حدوث هذه الآلام ستكون حياة طفلي مريعة.					
٢٣. أعتقد أن آلام طفلي سوف تختفي بسرعة.					
٢٤. عندما تصيب طفلي هذه الآلام ليس هناك من شيء يستطيع فعله لكي يخف الألم.					
٢٥. أوجاع طفلي فعلاً مؤلمة جداً.					
٢٦. عندما يتألم طفلي لا يعرف كيف يتعامل مع الوجع.					
٢٧. مثل هذه الآلام تصيبه دائماً.					
٢٨. في العادة عندما تصيبه هذه الآلام لا يبدو أنه يعرف كيف يتصرف ليصبح في حال أفضل.					
٢٩. سوف تتوقف آلام طفلي وبسرعة.					

الملحق ١٠.

قائمة الاستجابة للألم نسخة الأطفال Pain Response Inventory (PRI)

Walker et al., 1997

فيما يلي بعض الجمل التي تصف ماذا تفعل أو تقول لنفسك عندما تصيبك آلام في المعدة أو البطن أو الرأس أو الظهر أو المفاصل؟

يرجى وضع إشارة (×) أمام كل فقرة تحت العمود لتوضيح مدى انطباق محتوى الفقرة عليك.

عندما أشعر بالألم	ولا مرة (٠)	مرات قليلة (١)	بعض المرات (٢)	مرات كثيرة (٣)	دائماً (٤)
١. أحاول جاهداً أن أفعل أي شيء حياله.					
٢. أقول لنفسي أن هناك أشياء كثيرة تهمني أكثر من الألم.					
٣. أشغل نفسي في أشياء كثيرة حتى لا أفكر في الألم.					
٤. أسأل شخصاً ما الذي علي القيام به.					
٥. لا أخبر أحداً بما أشعر.					
٦. أقول لنفسي أنا لا أعرف كيف أتعامل مع الوجع، لذا أتوقف عن المحاولة.					
٧. أحاول أن أعتاد عليه.					
٨. أحاول الابتعاد عن الناس بقدر ما أستطيع.					
٩. أستلقي حتى أشعر بتحسن.					
١٠. أتناول بعض الطعام.					
١١. أحاول أن أضغط على مكان الوجع لكي أشعر بتحسن.					
١٢. أطلب من شخصاً أن يفعل شيئاً حتى يساعدني.					
١٣. أقول لنفسي أستطيع الاستمرار على الرغم من الألم.					
١٤. أحاول أن أتجاهله.					
١٥.أحاول أن أفعل شيئاً ما كي أجعل الألم يتوقف.					
١٦. أقول لنفسي هذا الألم لن يؤثر علي.					
١٧. أحاول أن أفعل شيئاً ممتعاً لكي لا أفكر فيه.					
١٨. أقول لنفسي هذا الألم لن يتوقف.					
١٩. أخفي الألم ولا أترك أي شخص يرى ما أمر به.					
٢٠. أستسلم للألم ولا أفعل شيئاً من أجل أن أتحسن.					
٢١. أحاول أن أتقبل الألم.					
٢٢. أغادر إلى أي مكان لوحدي.					
٢٣. أحاول ألا أتحرك كثيراً.					
٢٤. أشرب شيئاً ما.					
٢٥. أتحدث مع شخص ما وأخبره كيف أشعر.					
٢٦. أشعر أنني لا أستطيع أن أتحمل أكثر.					
٢٧. أقول لنفسي أنني أستطيع التعامل مع الألم حتى لو أصبح أسوأ مما عليه.					
٢٨. لا أعطي الألم أي انتباه.					
٢٩. أحاول أن أفكر بطريقة لجعل الألم يتحسن.					
٣٠. أقول لنفسي هذا أمر ليس ذو أهمية.					
٣١. أحاول أن أفعل شيئاً لكي أتوقف عن التفكير بالألم (مشاهدة التلفاز، التفكير بشيء جميل).					
٣٢. أفرك مكان الألم لكي أشعر أفضل.					
٣٣. لا أخبر أي شخص بما أشعر به.					

دائماً (٤)	مرات كثيرة (٣)	بعض المرات (٢)	مرات قليلة (١)	ولا مرة (٠)	عندما أشعر بالألم
					٣٤. أقول لنفسي ليس هناك شيء أستطيع عمله لذا سأتوقف عن محاولة عمل أي شيء.
					٣٥. أحاول أن أعيش مع الألم.
					٣٦. أبتعد عن الآخرين.
					٣٧. أحاول أن أرتاح.
					٣٨. أحاول الذهاب إلى الحمام عندما يؤلمني بطني أو معدتي.
					٣٩. أتكلم مع شخص ما لبحث ما يمكن عمله.
					٤٠. أثني جسمي أو أنحني حتى أشعر بتحسن.
					٤١. أفكر وأقول لنفسي سوف تسوء الأمور أكثر.
					٤٢. أقول لنفسي أستطيع أن أتغلب على الوجع.
					٤٣. أتظاهر أن الألم غير موجود.
					٤٤. أحاول التوصل إلى ما يمكن عمله حيال الألم.
					٤٥. أقول لنفسي أن الوجع ليس بهذا السوء.
					٤٦. أحاول أن أفكر بشيء مفرح حتى يتوقف عقلي عن التفكير بالألم.
					٤٧.أطلب من شخص ما أن يبقى بصحبتي.
					٤٨. انتبه للأكل الذي أتناوله.
					٤٩. أستسلم طالما أنه لا يوجد ما يمكن أن يكون مفيداً.
					٥٠. أقول لنفسي دائماً أتوجع بنفس الطريقة.
					٥١. أحاول أن أبقى وحيداً.
					٥٢. أحاول ألا أتحرك.
					٥٣. لا أخبر الآخرين كيف أشعر.
					٥٤. أمسك أو أفرك مكان الوجع.
					٥٥. أفكر وأقول لنفسي من الممكن أن أكون مريضاً حقاً.
					٥٦. أقول لنفسي سوف أستمر على الرغم من وجود الألم.
					٥٧. أحاول ألا أفكر بالألم.
					٥٨. أطلب المساعدة من شخص ما.
					٥٩. أتكلم مع شخص يفهم كيف أشعر.
					٦٠. أفكر جدياً بما علي القيام به.
					٦١. أفكر بأشياء بحيث أبعد عقلي عن الألم.
					٦٢. أجلس مع شخص أشعر بأنه يهتم بي.
					٦٣. أبقى هادئاً بالرغم من الألم.
					٦٤. أقول لنفسي هذا الألم لن يقتلني.
					٦٥. أسأل شخصاً ما عما يمكن أن أقوم به لأتحسن.
					٦٦. لا أحاول أن أفعل شيئاً حياله لأن لا شيء يفيد.
					٦٧. أقول لنفسي (هذه هي الحياة).
					٦٨. أحاول الابتعاد عن كل الناس.
					٦٩. أتوقف عن العمل الذي أقوم به لأرى إذا كنت سأشعر بتحسن.
					٧٠. أتناول بعض الأدوية.
					٧١. أستعمل كمادة ساخنة وأرى إذا كان ذلك يساعد.
					٧٢. أفكر أنني أعاني بالفعل من شيء خاطئ.
					٧٣. أتكلم مع شخص ما حتى أشعر أنني أتحسن.
					٧٤. أقول لنفسي "أنا أستطيع أن أتعامل مع هذا الألم".
					٧٥. أحاول أن لا أفكر بالألم.

الملحق ١١.

قائمة الاستجابة للألم نسخة الأطفال Pain Response Inventory (PRI)

المعدلة /Walker et al., 1997

فيما يلي بعض الجمل التي تصف ماذا تفعل أو تقول لنفسك عندما تصيبك آلام في المعدة أو البطن أو الرأس أو الظهر أو المفاصل؟

يرجى وضع إشارة (×) أمام كل فقرة تحت العمود لتوضيح مدى انطباق محتوى الفقرة عليك.

عندما أشعر بالألم	ولا مرة (٠)	مرات قليلة (١)	بعض المرات (٢)	مرات كثيرة (٣)	دائماً (٤)
١.أقول لنفسي أن هناك أشياء كثيرة تهمني أكثر من الألم.					
٢.أشغل نفسي في أشياء كثيرة حتى لا أفكر في الألم.					
٣. أسأل شخصاً آخر ما الذي علي القيام به.					
٤.أقول لنفسي أنا لا أعرف كيف أتعامل مع الوجع، لذا أتوقف عن المحاولة.					
٥.أستلقي حتى أشعر بتحسن.					
٦. أطلب من شخص أن يفعل شيئاً ما حتى يساعدني.					
٧.أقول لنفسي أستطيع الاستمرار على الرغم من الألم.					
٨.أحاول أن أتجاهله.					
٩. أحاول أن أفعل شيئاً ما كي أجعل الألم يتوقف.					
١٠.أقول لنفسي هذا الألم لن يؤثر علي.					
١١. أحاول أن أفعل شيئاً ممتعاً لكي لا أفكر فيه.					
١٢. أقول لنفسي هذا الألم لن يتوقف.					
١٣. أتحدث مع شخص ما وأخبره كيف أشعر.					
١٤. أشعر أنني لا أستطيع أن أتحمل أكثر.					
١٥. أقول لنفسي أنني أستطيع التعامل مع الألم حتى لو أصبح أسوأ مما عليه.					
١٦.لا أعطي الألم أي انتباه.					
١٧. أحاول أن أفكر بطريقة لجعل الألم يتحسن.					
١٨.أقول لنفسي هذا أمر ليس ذو أهمية.					
١٩.أحاول أن أفعل شيئاً لكي أتوقف عن التفكير بالألم (مشاهدة التلفاز، التفكير بشيء جميل).					
٢٠. أقول لنفسي ليس هناك شيء أستطيع عمله لذا سأتوقف عن محاولة عمل أي شيء.					
٢١. أحاول أن أرتاح.					
٢٢.أحاول الذهاب إلى الحمام عندما يؤلمني بطني أو معدتي.					
٢٣. أتكلم مع شخص ما لبحث ما يمكن عمله.					
٢٤. أفكر وأقول لنفسي سوف تسوء الأمور أكثر.					
٢٥. أقول لنفسي أستطيع أن أتغلب على الوجع.					
٢٦. أتظاهر أن الألم غير موجود.					
٢٧.أحاول التوصل إلى ما يمكن عمله حيال الألم.					
٢٨. أقول لنفسي أن الوجع ليس بهذا السوء.					

عندما أشعر بالألم	ولا مرة (٠)	مرات قليلة (١)	بعض المرات (٢)	مرات كثيرة (٣)	دائماً (٤)
٢٩. أحاول أن أفكر بشيء مفرح حتى يتوقف عقلي عن التفكير بالألم.					
٣٠.أطلب من شخص ما أن يبقى بصحبتي.					
٣١. انتبه للأكل الذي أتناوله.					
٣٢.أستسلم طالما أنه لا يوجد ما يمكن أن يكون مفيداً.					
٣٣.أفكر وأقول لنفسي من الممكن أن أكون مريضاً حقاً.					
٣٤. أقول لنفسي سوف أستمر على الرغم من وجود الألم.					
٣٥. أحاول ألا أفكر بالألم.					
٣٦.أطلب المساعدة من شخص ما.					
٣٧.أتكلم مع شخص يفهم كيف أشعر.					
٣٨. أفكر جدياً بما علي القيام به.					
٣٩. أفكر بأشياء بحيث أبعد عقلي عن الألم.					
٤٠. أجلس مع شخص أشعر بأنه يهتم بي.					
٤١. أبقى هادئاً بالرغم من الألم.					
٤٢.أقول لنفسي هذا الألم لن يقتلني.					
٤٣. أسأل شخصاً ما عما يمكن أن أقوم به لأتحسن.					
٤٤.لا أحاول أن أفعل شيئاً حياله لأن لا شيء يفيد.					
٤٥. أتناول بعض الأدوية.					
٤٦. أفكر أنني أعاني بالفعل من شيء خاطئ.					
٤٧. أتكلم مع شخص ما حتى أشعر بأنني أتحسن.					
٤٨. أقول لنفسي "أنا أستطيع أن أتعامل مع هذا الألم".					
٤٩. أحاول أن لا أفكر بالألم.					

الملحق ١٢.

قائمة استجابة الألم نسخة الراشدين Pain Response Inventory (PRI)

Walker et al., 1997

عندما تصيبك أوجاع مثل الصداع، ألم في الظهر، في المعدة والأمعاء، في البطن، كم مرة تنطبق عليك الجمل التالية....؟

	أبداً (٠)	مرات قليلة (١)	بعض المرات (٢)	معظم الأوقات (٣)	دائماً (٤)
١. أحاول جاهدة أن أفعل شيئاً ما حياله.					
٢. أقول لنفسي أن هناك أشياء كثيرة أهم من الألم بالنسبة لي.					
٣. أشغل نفسي في أشياء متعددة حتى لا أفكر في الألم.					
٤. أسأل شخصاً ما عما عساي أن أفعل.					
٥. أحتفظ بمشاعري لنفسي.					
٦. أقول لنفسي أنا لا أعرف كيف أتعامل مع هذا الوجع وأتوقف عن المحاولة.					
٧. أحاول أن أتعود عليه.					
٨. أحاول الابتعاد عن الناس بقدر المستطاع.					
٩. أستلقي في محاولة مني للشعور بالتحسن.					
١٠. أتناول بعض الطعام.					
١١. أحاول أن أضغط على مكان الوجع لكي أشعر بالتحسن.					
١٢. أطلب من شخص ما فعل شيء معين لمساعدتي.					
١٣. أقول لنفسي أنني أستطيع الاستمرار حتى لو كنت أتألم.					
١٤. أحاول أن أتجاهله.					
١٥. أفعل أي شيء لأتخلص من الألم.					
١٦. أقول لنفسي أن هذا الألم ليس بالأمر الهام بالنسبة لي.					
١٧. أحاول أن أفعل شيئاً ممتعاً لكي أنسى.					
١٨. أفكر أن هذا الألم لن يتوقف أبداً.					
١٩. أحاول أن أخفي ما أمر به من ألم.					
٢٠. أستسلم للألم ولا أفعل شيئاً حياله.					
٢١- أحاول أن أتقبله.					
٢٢. أغادر إلى أي مكان لوحدي.					
٢٣. أحاول ألا أتنقل كثيراً.					
٢٤. أشرب شيئاً ما.					
٢٥. أتحدث مع شخص وأخبره كيف أشعر.					
٢٦. أشعر أنني لا أستطيع أن أتحمله أكثر.					
٢٧. أقول لنفسي أن بإمكاني التعامل معه حتى ولو أصبح أسوأ مما عليه.					
٢٨. لا أعير الألم أي انتباه.					
٢٩. أحاول أن أفكر بطريقة لجعل الألم يتحسن.					
٣٠. أقول لنفسي هذا أمر ليس ذا أهمية كبرى.					
٣١. أحاول أن أفعل شيئاً لكي أتوقف عن التفكير بالألم (مشاهدة التلفاز، التفكير بشيء جميل).					
٣٢. أدلك مكان الألم لكي أشعر أفضل.					
٣٣. لا أخبر أي شخص بما أشعر به.					
٣٤. أقول لنفسي ليس هناك شيء أستطيع عمله وعليه لا أقوم بأية					

	أبداً (٠)	مرات قليلة (١)	بعض المرات (٢)	معظم الأوقات (٣)	دائماً (٤)
محاولة.					
٣٥. أحاول أن أتعلم التعايش مع الألم.					
٣٦. أبتعد عن الناس.					
٣٧. أحاول أخذ قسط من الراحة.					
٣٨. أحاول الذهاب إلى الحمام عندما يكون الألم في البطن أو المعدة.					
٣٩. أتكلم مع شخص ما لبحث ما يمكن عمله.					
٤٠. أثني جسمي أو أنحني كي أشعر بتحسن.					
٤١. أفكر وأقول لنفسي سوف تسوء الأمور.					
٤٢. أقول لنفسي أستطيع أن أتغلب على الألم.					
٤٣. أتظاهر أن الألم غير موجود.					
٤٤. أحاول التوصل إلى ما يكن عمله حيال الألم.					
٤٥. أقول لنفسي أن الوجع ليس بهذا السوء.					
٤٦. أحاول أن أفكر بشيء مفرح لأبعد نفسي عن التفكير بالألم.					
٤٧. أطلب من شخص ما أن يبقى برفقتي.					
٤٨. أهتم بالطعام الذي أتناوله.					
٤٩. أستسلم طالما أن لا شيء يمكن أن يساعد.					
٥٠. أقول لنفسي هكذا تسير الأمور.					
٥١. أحاول أن أكون لوحدي.					
٥٢. أحاول أن أبقى في مكاني دون حركة.					
٥٣. لا أخبر الآخرين كيف أشعر.					
٥٤. أمسك وأضغط مكان الوجع عله يتحسن.					
٥٥. أقول لنفسي من الممكن أن أكون مريضة فعلاً.					
٥٦. أقول لنفسي إستمري بحياتك بالرغم من وجود الألم.					
٥٧. أحاول ألا أفكر بالألم.					
٥٨. أطلب المساعدة من شخص ما.					
٥٩. أتحدث مع شخص يمكن له أن يفهم كي أشعر.					
٦٠. أحاول جاهدة التفكير بما يجب عمله.					
٦١. أفكر بأشياء بحيث أبعد عقلي عن الألم.					
٦٢. أجلس مع شخص أشعر بأنه يهتم بي.					
٦٣. أبقى هادئة بالرغم من الألم.					
٦٤. أقول لنفسي هذا الألم لن يقتلني.					
٦٥. أسأل شخصاً ما عن أفكار يمكن القيام بها لكي يتحسن الألم.					
٦٦. لا أحاول أن أفعل شيئاً لأن لا شيء يفيد.					
٦٧. أقول لنفسي (هذه هي الحياة).					
٦٨. أحاول الهروب من كل الناس.					
٦٩. أتوقف عما أقوم به لأتحقق من أن ذلك يساعد العمل الذي أقوم به وأنتظر حتى يتحسن الألم.					
٧٠. أتناول بعض الأدوية.					
٧١. أستعمل كمادة ساخنة وأتحقق إذا كان ذلك يساعد.					
٧٢. أقول لنفسي لابد من وجود شيء خاطئ.					
٧٣. أتحدث مع شخص ما لأشعر أنني أحسن.					
٧٤. أقول لنفسي "أنا أستطيع أن أتعامل مع هذا الألم".					
٧٥. أحاول أن أنسى الألم كلياً.					

الملحق ١٣.

قائمة استجابة الألم نسخة الراشدين Pain Response Inventory (PRI) المعدلة /Walker et al., 1997

عندما تصيبك أوجاع مثل الصداع، ألم في الظهر، في المعدة والأمعاء، في البطن، كم مرة تنطبق عليك الجمل التالية....؟

	أبداً (٠)	مرات قليلة (١)	بعض المرات (٢)	معظم الأوقات (٣)	دائماً (٤)
١. أقول لنفسي أن هناك أشياء كثيرة أهم من الألم بالنسبة لي.					
٢. أشغل نفسي في أشياء متعددة حتى لا أفكر في الألم.					
٣. أسأل شخصاً ما عما عساي أن أفعل.					
٤. أحتفظ بمشاعري لنفسي.					
٥. أقول لنفسي أنا لا أعرف كيف أتعامل مع هذا الوجع وأتوقف عن المحاولة.					
٦. أحاول أن أتعود عليه.					
٧. أحاول الابتعاد عن الناس بقدر المستطاع.					
٨. أطلب من شخص ما فعل شيء معين لمساعدتي.					
٩. أقول لنفسي أنني أستطيع الاستمرار حتى لو كنت أتألم.					
١٠. أحاول أن أتجاهله.					
١١. أقول لنفسي أن هذا الألم ليس بالأمر الهام بالنسبة لي.					
١٢. أحاول أن أفعل شيئاً ممتعاً لكي أنسى.					
١٣. أحاول أن أخفي ما أمر به من ألم.					
١٤. أستسلم للألم ولا أفعل شيئاً حياله.					
١٥. أحاول أن أتقبله.					
١٦. أغادر إلى أي مكان لوحدي.					
١٧. أحاول ألا أتنقل كثيراً.					
١٨. أتحدث مع شخص وأخبره كيف أشعر.					
١٩. أقول لنفسي أن بإمكاني التعامل معه حتى ولو أصبح أسوأ مما عليه.					
٢٠. لا أعير الألم أي انتباه.					
٢١. أقول لنفسي هذا أمر ليس ذا أهمية كبرى.					
٢٢. أحاول أن أفعل شيئاً لكي أتوقف عن التفكير بالألم (مشاهدة التلفاز، التفكير بشيء جميل).					
٢٣. لا أخبر أي شخص بما أشعر به.					
٢٤. أقول لنفسي ليس هناك شيء أستطيع عمله وعليه لا أقوم بأية محاولة.					

	أبداً (٠)	مرات قليلة (١)	بعض المرات (٢)	معظم الأوقات (٣)	دائماً (٤)
٢٥. أحاول أن أتعلم التعايش مع الألم.					
٢٦. أبتعد عن الناس.					
٢٧. أحاول الذهاب إلى الحمام عندما يكون الألم في البطن أو المعدة.					
٢٨. أتكلم مع شخص ما لبحث ما يمكن عمله.					
٢٩. أثني جسمي أو أنحني كي أشعر بتحسن.					
٣٠. أفكر وأقول لنفسي سوف تسوء الأمور.					
٣١. أقول لنفسي أستطيع أن أتغلب على الألم.					
٣٢. أتظاهر أن الألم غير موجود.					
٣٣. أقول لنفسي أن الوجع ليس بهذا السوء.					
٣٤. أحاول أن أفكر بشيء مفرح لأبعد نفسي عن التفكير بالألم.					
٣٥. أطلب من شخص ما أن يبقى برفقتي.					
٣٦. أستسلم طالما أن لا شيء يمكن أن يساعد.					
٣٧. أقول لنفسي هكذا تسير الأمور.					
٣٨. أحاول أن أكون لوحدي.					
٣٩. أحاول أن أبقى في مكاني دون حركة.					
٤٠. لا أخبر الآخرين كيف أشعر.					
٤١. أقول لنفسي إستمري بحياتك بالرغم من وجود الألم.					
٤٢. أحاول ألا أفكر بالألم.					
٤٣. أطلب المساعدة من شخص ما.					
٤٤. أتحدث مع شخص يمكن له أن يفهم كي أشعر.					
٤٥. أحاول جاهدة التفكير بما يجب عمله.					
٤٦. أفكر بأشياء بحيث أبعد عقلي عن الألم.					
٤٧. أجلس مع شخص أشعر بأنه يهتم بي.					
٤٨. أقول لنفسي هذا الألم لن يقتلني.					
٤٩. أسأل شخصاً ما عن أفكار يمكن القيام بها لكي يتحسن الألم.					
٥٠. لا أحاول أن أفعل شيئاً لأن لا شيء يفيد.					
٥١. أقول لنفسي (هذه هي الحياة).					
٥٢. أحاول الهروب من كل الناس.					
٥٣. أستعمل كمادة ساخنة وأتحقق إذا كان ذلك يساعد.					
٥٥. أتحدث مع شخص ما لأشعر أنني أحسن.					
٥٦. أقول لنفسي "أنا أستطيع أن أتعامل مع هذا الألم".					
٥٧. أحاول أن أنسى الألم كلياً.					

TESTING A PROPOSED MODEL OF MATERNAL INFLUENCES ON CHILDREN'S PAIN BEHAVIOR FROM AGES (9-12 YEARS) IN AMMAN PRIVATE SCHOOLS

By

Rima Khalaf Ghishan

Supervisor

Dr. Suleiman Rihani, Prof.

This study aimed to test a proposed model of four variable maternal influences and their direct and indirect effects on children's pain behavior (recurrent symptoms and somatic complaints). The four variables tested were : symptoms and disability, coping with pain, mothers' threat appraisals of the children's pain and the mothers' responses to their children's pain behavior. In addition to the effects on children's pain behavior, this study also tested the effect of the four variables on children's appraisals and coping styles as mediators.

For the purpose of identifying the children with recurrent pain, a pilot study was conducted on (5%) of Amman private elementary schools, based on the school as the unit of the study. The pilot study showed that (1485) children (46.8%) (Ages 9-12 years), suffered severe pain occurring once or more a week. Among those children (450) children and their mothers accepted to be part of the study as the final sample size.

In measuring the variables, eight tools were customized: Adults Somatization Inventory, Sickness Impact Profile, Pain Response Inventory for Adults, Mother's Responses to Children's Pain Behavior, Pain Beliefs Inventory for Mothers, Pain Response Inventory for Children, Pain Beliefs Inventory for Children and Children's Somatization Inventory, all of which had acceptable psychometric properties. Thereafter, the model was tested by using path analysis

design (Amos computerized program) to determine the direct and indirect effect of the four maternal variables.

Primary results demonstrated that two variables: the mothers' symptoms and disability and the mothers' responses to their children's pain, explained (62%) of the variance of children's symptom complaints. While there was not a significant effect of the mothers' responses to their children's pain behavior, as a single variable, the mothers' symptoms and disability had the highest direct effect on children's symptoms. Overall, mothers' threat appraisals, their coping styles (active, accommodative, passive), their symptoms and disability and their responses to their children's pain behavior explained (83%) of the variance of children's threat appraisals. The highest effect came from the mothers' threat appraisals. Concomitantly, children's passive coping had no significant mediator effect while children's threat appraisals was indeed a mediator variable.

The results also showed that the highest correlation was between the mother's pain coping styles and their children's identical style in coping with the pain. Explanatory analysis showed that mothers' symptoms and disability, their threat appraisals and children's threat appraisals explained (67%) of the variance of children's symptoms and complaints.